



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Trabalho de Projeto**

**Intervenção do Enfermeiro Gestor de Caso na Equipa de
Prevenção da Violência no Adulto**

Ana Paula dos Reis Carmona



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização Gestão em Enfermagem
Trabalho de Projeto**

**Intervenção do Enfermeiro Gestor de Caso na Equipa
de Prevenção da Violência no Adulto**

Ana Paula dos Reis Carmona



Orientador: Maria da Graça Silva Quaresma
Coorientador: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*"Knowing is not enough; we must apply.
Willing is not enough; we must do."*
Goethe

*"Stamping out fires is a lot of fun,
but it is only putting things back the way they were."*
W. Edwards Deming

AGRADECIMENTOS

À minha família por acreditar, pelo incentivo e apoio incondicional, pela motivação para continuar mesmo nas condições mais adversas, assim como pela condescendência para com as minhas ausências.

À Professora Graça Quaresma pela motivação, pela orientação científica e esclarecimento de dúvidas, pela sua partilha de conhecimento, pela sua paixão e empenho na melhoria contínua do cuidar em enfermagem.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas, pela orientação científica e esclarecimento de dúvidas, pela disponibilidade, motivação, partilha de conhecimento e pelo incentivo e desafio, para concretizar sempre mais e melhor.

À Direção Executiva e ao Conselho Clínico em Saúde do ACES, pela autorização para desenvolver o projeto.

Aos Colegas da EPVA por todo o trabalho e colaboração, pelo desenvolvimento para a implementação do projeto, que embora difícil e cheio de obstáculos, foi iniciado como um grande desafio, que continuaremos a desenvolver no caminho da excelência dos cuidados.

Ao Coordenador e aos profissionais da USF Piloto onde desenvolvemos o projeto, pela adesão demonstrada, pelo seu profissionalismo e competência, sua colaboração e determinação na melhoria do seu desempenho.

À Paula, pela sua resiliência, pela partilha dos momentos de desânimo e empoderamento mútuo.

A uma amiga muito especial, que me aconselhou e me estimulou a terminar esta parte académica do projeto.

Aos demais que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste projeto.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de centros de Saúde
AI – Auditoria Interna
AE – Auditoria Externa
AONE – *American Organization of Nurse Executives*
ASGVCV - Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida
APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CHULC - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CCMC – *Commission for Case Manager Certification's*
DGS – Direção Geral da Saúde
EPVA – Equipa de Prevenção da Violência no Adulto
MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade
MGF –Medicina Geral e familiar
MGF/C – Mutilação Genital Feminina/Corte
NACJR – Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NOC – Norma de orientação clínica
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
PNPVCV – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
RASI – Relatório Anual de Segurança Interna
RCG – Reunião de Conselho Geral
RCVA – Registo Clínico de Violência em Adultos
RIIVA – Rede Integrada de Intervenção na Violência na comunidade
RSE – Registo de Saúde Eletrónico
SAEVV – Serviço de Atendimento e acompanhamento a Vítimas de Violência
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UF – Unidade Funcional
USF/UCSP – Unidade de Saúde Familiar/ Unidade de Cuidados de Saúde personalizados
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
VD – Violência Doméstica

RESUMO

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. A evidência científica demonstra-nos que, em Cuidados de Saúde Primários, é imprescindível prevenir a instalação da violência através da deteção precoce do risco (Carmona et al., 2021).

Este trabalho de projeto tem como finalidade a Implementação da metodologia de enfermeiro gestor de caso, para a prevenção da Violência Doméstica, num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa. Como objetivos pretendeu-se aplicar a metodologia de gestor de caso numa Unidade de Saúde Familiar USF Piloto; sensibilizar os profissionais de saúde para a identificação da VD como um problema de saúde; capacitar os enfermeiros e os médicos como gestores de caso, na prevenção da VD; promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa; e formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da execução do rastreio de risco de VD.

Utilizou-se a metodologia do Projeto de Intervenção preconizada pela OE (2013), do Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade de Deming (PDCA). Foi implementada e desenvolvida na USF Piloto, a metodologia do gestor de caso, operacionalizada através do diagnóstico de situação das necessidades formativas dos profissionais, ao lidar com um problema de saúde complexo e multifatorial, como é o da VD. Em junho e novembro de 2021 foram nomeados dois gestores de caso um médico e um enfermeiro. As prioridades de intervenção foram centradas na capacitação dos profissionais para a Implementação da Metodologia de Gestor de Caso, para aumentar a prevenção, melhorar a resposta e promover 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.

Foi inicialmente implementado numa (USF) Piloto, será desenvolvido numa segunda fase em todas as USF e posteriormente disseminado pelas restantes Unidades, que integram o ACES.

O projeto foi avaliado por indicadores de estrutura, processo e resultado, salientando-se a realização de 2 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 de gestor de caso, tendo sido identificadas ainda necessidades formativas para uniformização de registos em SClínico/ RCVA e sistematização do rastreio para a prevenção da VD, por forma a documentar precocemente as situações em risco de VD.

Palavras-chave: Enfermagem; Liderança; Gestão de Caso; Violência Doméstica; Cuidados de Saúde Primários.

ABSTRACT

Domestic violence is an important public health problem due to its magnitude, frequency, and repercussions for the health of individuals, families, groups, and communities. The scientific evidence shows that In Primary Health Care, it is essential to prevent the installation of violence through early detection of risk (Carmona et al., 2021)

This project work aims to implement the methodology of nurse case manager for Domestic Violence prevention, in a Health Centers Grouping (ACES) at the Lisbon region. The objectives were to apply the case manager methodology in a Pilot Family Health Unit; sensitize health professionals to the identification of Domestic Violence as a health problem; to train nurses and physicians as case managers in the prevention of Domestic Violence; promote the use of registration tools (RCVA and SClínico) by the case manager and remaining team; and train the case manager and the rest of the pilot USF team, for the importance of performing the Domestic Violence risk screening.

We used the methodology of the Intervention Project recommended by the Order of Nurses (2013), of the Continuous Improvement Cycle of Deming Quality (PDCA). It was implemented and developed at the Pilot USF, the nurse case manager methodology, was operationalized through the situation diagnosis of the training needs of professionals, when dealing with a complex and multifactorial health problem, as the Domestic Violence. In June and November 2021, two case managers were appointed, a doctor and a nurse. The intervention priorities were centered at the professional qualifications for the Implementation of the Case Manager Methodology, to increase prevention, improve the response and promote the interruption of the Cycle of Violence, obtaining positive results for victims, for the efficiency of organizations, for the safety of users and satisfaction of professionals.

Initially implemented in a Pilot Family Health Unit (USF), will be developed in a second phase in all USF, and disseminated by the other units that integrate ACES later.

The project was evaluated by structure, process and result indicators, highlighting the performance from 2 audits (internal and external) with the overall compliance level of 53%. It had an excellent response (100%) in the awareness and training of professionals for implementing case management methodology, and some formative needs were identified at records standardization in SClínico/RCVA and screening systematization for Domestic Violence prevention, aiming to early record Domestic Violence risk situations.

Keywords: Nursing; Leadership; Case Management; Domestic Violence; Primary Health Care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. Gestão em Enfermagem.....	9
2. Qualidade em Saúde	15
3. O Enfermeiro Gestor de Caso	23
3.1. Intervenção do enfermeiro gestor de caso em situação de violência doméstica em Cuidados de Saúde Primários.....	28
4. Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV).....	33
4.1. Equipa de prevenção da violência no adulto.....	38
PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO	43
1. Metodologia do Projeto.....	45
1.1. Planeamento do Projeto	49
1.2. Execução das Atividades	61
1.3. Análise dos resultados	62
1.4. Reavaliação e partilha dos resultados.....	73
2. Procedimentos Éticos	77
3. Apresentação de Resultados.....	79
4. Considerações Finais	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICES	
Apêndice I – Calendarização do Projeto – Cronograma/ Diagrama de Gantt.....	95
Apêndice II – Check List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer).....	99
Apêndice III – Pedido de consentimento DE e CCS do ACES	109
Apêndice IV – Apresentação do Artigo de revisão bibliográfica da Evidência Científica em Congresso CIAIQ 2021	113
Apêndice V – Apresentação do projeto na USF Piloto em colaboração com a EPVA.....	117
Apêndice VI – Questionário <i>Forms</i> ® de avaliação da formação.....	123
Apêndice VII – Ficha de Referenciação/Notificação (atualizada) para a Equipa de Prevenção de Violência de Adultos.....	131
Apêndice VIII – Planos de Formação.....	135
Apêndice IX – Folheto realizado no âmbito do projecto.....	139
Apêndice X – Formação ministrada aos profissionais da USF piloto sobre Rastreio de Violência Interpessoal (replicada da DGS conforme preconizado).....	143
Apêndice XI – Check List de Auditoria	151
Apêndice XII – Auditoria Interna (OUT21).....	155

Apêndice XIII – Auditoria Externa (NOV21)	159
Apêndice XIV – Relatórios de Auditoria Interna e Externa.....	163
Apêndice XV – Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	177
Apêndice XVI – Comemoração do Dia Internacional da Prevenção da Violência contra a Mulher.....	189
Apêndice XVII – Protocolo de Implementação do Projeto Piloto	197
Apêndice XVIII – Ata da Reunião de Apresentação do projeto em colaboração com EPVA, Ata da Reunião de Formação e Notas de Reuniões	211
Apêndice XIX – Tabela de Programação de tarefas/atividades.....	221
Apêndice XX – Folha de Registo de Presenças em Reunião de tomada de conhecimento de Norma	229
ANEXOS	
Anexo I - Autorização da Direção Executiva do ACES para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade na USF Piloto	235
Anexo II – Organogramas dos Circuitos de Articulação Interno e Externo para a VD do ACES.....	239
Anexo III – Número de casos e Natureza da Violência Doméstica por escalões etários	243
Anexo IV – Apresentação da EPVA em Reunião de Coordenadores do ACES	247
Anexo V – Apresentação da EPVA e projeto a DE e CCS do ACES	251

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Conhecimento do Gestor de Caso segundo a CCMC	27
Figura 2 - Equipa de Gestão de Caso segundo CCMC.....	28
Figura 3 - Evolução Histórica da Legislação referente à resposta ao fenómeno da violência.	34
Figura 4 - Princípios Orientadores para a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida	35
Figura 5 - Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal	38
Figura 6 - Visualização da Forma de Acesso do Profissional Clínico (médico e enfermeiro) ao RCVA (Registo Clínico de Violência em Adultos)	71

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1</i> - Definições de Qualidade entre 1980-2018	17
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Natureza da Violência e percentagem acumulada	54
Gráfico 2 - Escalões etários dos profissionais participantes nas formações e que responderam ao questionário Forms®	65
Gráfico 3 - Rastreio da Violência Interpessoal como parte integrante da Consulta do Adulto?	66
Gráfico 4 - Abordagem da temática da violência ao Utente	66
Gráfico 5 - Existência na USF de Normas e Procedimentos de atuação para a prevenção da Violência Interpessoal, tal como para os outros problemas de saúde (Ex: diabetes, rastreio Oncológico, entre outros)	67

INTRODUÇÃO

A Violência Doméstica é uma problemática que preocupa toda a sociedade, tendo um impacto expressivo 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 (RASI), em relação ao ano de 2019, a VD assume o valor mais elevado desde 2010, estando a tipologia de VD contra o cônjuge ou análogo, em destaque com 84% em relação aos outros tipos de VD. Continuam a ser os municípios da área metropolitana de Lisboa onde se registam mais ocorrências em termos absolutos - 6.721 ocorrências (Ministério da Administração Interna, 2019).

Tal como afirmado por Carmona, Quaresma & Lucas (2021) a Violência Doméstica 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. 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). A convenção de Istambul define no seu artigo 3º, a VD 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 Conferência 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, Emery & Mills (2016), explicam a violência doméstica como 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. Definem ainda a VD como uma forma de comportamento abusivo que pode ser físico, psicológico e emocional, sexual, e mesmo económico praticado pelo parceiro íntimo ou por um membro da família (Barocas et al., 2016).

Segundo o relatório *Health at a Glance 2019 - OECD indicators*, publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 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 CSP como o pilar central do SNS, em que a prestação de cuidados de qualidade se centram 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 ACES têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica e desenvolver actividades 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 actividades 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 UF 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 autores Amestoy, Backes, Thofehn, Martini, Meirelles & Trindade (2014) referem que 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 direccionar 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. 9494/2019.

Esta constatação do aumento de situações de VD com necessidade de intervenção, foi sentida por nós enquanto elementos da EPVA, 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, a EPVA pretendeu enquadrar um modelo de Intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, a ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida e reafirmar a importância de uma adequada articulação, intervenção e notificação, entre os profissionais de saúde.

Para conhecer a evidência científica sobre a temática do enfermeiro gestor de caso, para a prevenção da violência doméstica, em CSP, Carmona et al., (2021) realizaram uma revisão bibliográfica que teve como referência a metodologia proposta por Whitemore & Knafl (2005) para revisões integrativas. A questão de revisão foi: “Qual a intervenção do enfermeiro gestor de caso na promoção da prevenção da violência doméstica?” e teve como objetivo “Identificar a evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro gestor de caso, na promoção da prevenção da Violência Doméstica”(Carmona et al., 2021).

Criou-se uma equipa de projeto e definiu-se então 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 Clínico gestor de caso, em situação de Violência Doméstica, em Cuidados de Saúde Primários.

Assim a finalidade do projeto, centra-se 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 é implementar a metodologia de enfermeiro gestor de caso, nas Unidades Funcionais de um ACES da região de Lisboa.

Os objetivos específicos são:

- Aplicar a metodologia de gestor de caso numa USF Piloto;
- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF piloto para a identificação da VD como um problema de saúde;
- Capacitar os enfermeiros e os médicos da USF piloto como gestores de caso, na prevenção da VD;

- Promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto;
- Formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da execução do rastreio de risco de VD;
- Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro e médico gestor de caso, na USF Piloto;

O projeto de intervenção, fundamenta-se numa primeira parte, no enquadramento teórico para a implementação da competência de enfermeiro gestor de caso, em situação do fenómeno de violência doméstica, em cuidados de saúde primários. Teve por base a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura, de modo a conhecer a evidência científica respeitante à intervenção do enfermeiro gestor de caso, na promoção da prevenção da Violência Doméstica em contexto de cuidados de saúde primários, trabalho que foi apresentado no 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2021) e publicado em livro: *New Trends in Qualitative Research - Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios* (Volume 8, pp. 106 –113), Ludomédia. Foi ainda publicado um artigo na Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Carmona et al., 2021)

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 (OE), 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, Salles, Garcia & Possamai (2009).

Nesta primeira fase o projeto foi implementado numa USF Piloto do ACES. Seguir-se-á posteriormente, nas restantes USF e já numa terceira fase nas restantes UF do ACES, visando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao utente vítima, aos familiares e comunidades.

Assim sendo, este trabalho é composto pela Parte I referente ao Enquadramento Teórico e pela Parte II ao Trabalho Empírico, descrevendo o próprio projeto de intervenção. Após realizado o diagnóstico de situação, determinadas as prioridades, objetivos e estratégias de intervenção, foram então realizadas as intervenções e avaliadas as mesmas.

Concluído com considerações finais, onde se revelam os resultados obtidos com ganhos e propostas de novas intervenções, vislumbrando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, no caminho da excelência; finalizando com sugestões para a continuidade do projeto iniciado no ACES.

Este trabalho foi elaborado estruturalmente de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Godinho, 2020), segundo as normas da American Psychological Association (APA), com o suporte da ferramenta informática *Mendeley Cite-Elsevier Limited*[®]

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Gestão em Enfermagem

A gestão é uma área que tem sofrido mutações contínuas e incessantes ao longo dos anos tendo as teorias relacionadas com a área da gestão surgido principalmente no final do século XIX, perante a necessidade emergente de gerir as novas organizações após a revolução industrial tal como expõem Figueiredo, Potra & Lucas (2020).

Florence Nightingale, foi a precursora da reforma da enfermagem, após a Guerra da Crimeia (1853-1856) e a fundadora da primeira escola de enfermagem em Inglaterra, o St. Thomas Hospital em Londres. Desenvolveu problemáticas de saúde pública, e proporcionou a evolução de programas educacionais de enfermagem, tendo sido um elemento decisivo para reorganização dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem, colocando em evidência a importância da competência de gestão para a enfermagem (Cherry & Jacob, 2018). Dedicou-se a aspectos relacionados com a prestação de cuidados, bem como com o controlo da qualidade e infeções, a gestão do risco e administração das enfermarias, nas quais apelava à existência de mecanismos de supervisão por parte dos enfermeiros chefes (Figueiredo et al., 2020).

Inicialmente as teorias da gestão basearam-se numa abordagem estruturalista relacionada com a teoria da gestão científica do trabalho, na qual a questão principal era a produtividade. Já posteriormente no século XX, Henry Fayol e Frederick Taylor desenvolvem a abordagem Clássica da Administração, na qual defende a existência de uma hierarquia bem definida onde se atribui valorização à quantidade do trabalho realizado, com supervisão, sem inquietação com respeito à qualidade, não sendo valorizadas as relações interpessoais consideradas (Ferreira, 2012; Figueiredo et al., 2020).

A Teoria da Burocracia de Max Weber remete-nos para a existência de uma gestão com base na formalização de normas e regras, na divisão do trabalho, na hierarquia e impessoalidade, o que por vezes origina a presença de um convencionalismo e uma inflexibilidade exacerbada, tal como uma resistência apreciável à mudança. Esta forma de organização encontra-se ainda frequentemente implementada ao nível das organizações de saúde, nas quais o enfermeiro administrador/gestor privilegia o prosseguimento das normas instituídas em detrimento de oportunidades para a renovação, a criatividade e a mudança (Figueiredo et al., 2020; Potra, 2015).

Posteriormente, com o aparecimento da Escola das Relações Humanas, as teorias desenvolvidas dão ênfase a uma organização mais informal e ao *empowerment* dos funcionários e colaboradores. Herzberg, McGregor e Maslow desenvolveram as teorias da motivação e aspetos com elas relacionados apresentando e demonstrando a sua pertinência e influência no sucesso das organizações. Outra das grandes correntes das teorias da gestão

tem origem na Teoria Geral dos Sistemas, que originou a Teoria Sistêmica, onde é possível apreender que os resultados ao nível da gestão estão relacionados com a prática de enfermagem, uma vez que estas são interdependentes (Ferreira, 2012; Potra, 2015).

Todas estas correntes teóricas vieram influenciar e contribuir para o progresso das novas práticas de gestão em enfermagem. Atualmente a Gestão em Enfermagem é definida como a competência dos enfermeiros gestores para gerir os cuidados aos clientes assim como para gerir a equipa pela qual são responsáveis, seja ela de enfermagem ou interdisciplinar, visando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Yoder-Wise, 2019).

Com a criação do SNS em Portugal em setembro do ano de 1979, através da Lei nº 56/79, iniciou-se a grande reforma, idealizada por António Arnault, materializando-se o acesso aos cuidados de saúde como geral, universal e gratuito pela primeira vez em Portugal.

Os movimentos procedentes da nova gestão pública que surgiram nas duas últimas décadas em contexto nacional têm por base a primazia da economia, eficácia e eficiência. Este modelo baseando-se na flexibilização da gestão, promove a utilização de instrumentos utilizados na área da gestão privada assim como a frequente competição entre fornecedores de bens e serviços públicos, com o objetivo de gerar uma melhoria na prestação dos serviços, através do aumento da eficiência (Frederico-Ferreira & Silva, 2012). Este modelo teve um importante impacto ao nível das instituições de saúde, principalmente em cuidados de saúde primários, onde se foi alterando o ambiente organizacional, os seus quadros de referência, os objectivos tanto ao nível político, como das organizações, e conseqüentemente as práticas. Visando sempre a melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados aos utentes, este novo modelo veio submeter os profissionais a avaliações tanto ao nível dos conhecimentos individuais, como também ao nível das práticas, tanto na prestação de cuidados como na capacidade para intervir na melhoria da qualidade. Este modelo de gestão, focado na gestão empresarial, pretende que os utentes possam obter benefícios ao nível da prestação de cuidados com melhoria da acessibilidade aos profissionais especializados, pretendendo-se um melhor atendimento e uma melhor assistência (Frederico-Ferreira & Silva, 2012).

Van Bogaert et al. (2017) também destacam a importância dos gestores em enfermagem, para a qualidade dos cuidados, pois são eles que têm uma posição central entre as decisões de gestão e as práticas diárias. Assim os gestores apoiam e protegem a sua equipa, desenvolvem o trabalho em equipa para a satisfação dos profissionais, assim como para a qualidade dos cuidados prestados, e a conseqüente segurança e satisfação dos utentes. Os autores ainda reforçam o impacto que as decisões de gestão, a boa relação interdisciplinar e as políticas de saúde têm na prática diária, bem como o papel dos gestores de enfermagem (Van Bogaert et al., 2017) para o ambiente da prática de enfermagem.

Actualmente as organizações de saúde deparam-se com diversos constrangimentos económicos o que acentua a importância do exercício da gestão, que exercem pressão e exigem desafios vários aos gestores tanto aos de topo, nos conselhos de administração, como aos de nível clínico, da gestão de cuidados. Tendo em conta que as Instituições de saúde são sistemas complexos, que requerem uma gestão harmoniosa entre as necessidades dos utentes, as necessidades da própria organização, sem descuidar as necessidades dos profissionais é primordial que estas encontrem estratégias de liderança sólidas, assentes numa cultura organizacional que promovam a eficiência e a satisfação dos profissionais, para os melhores resultados (Lake, 2002).

Florence Nightingale demonstrou a importância da ciência da administração ao nível das instituições de saúde e desde então que a enfermagem tem desenvolvido e aperfeiçoado actividades e funções de gestão quer seja ao nível institucional quer ao nível da Unidade ou da própria equipa (Ferreira, 2012), desenvolvendo e contribuindo para um ambiente da prática de enfermagem (APE) seguro.

Para um APE favorável o enfermeiro gestor é uma “peça” fundamental. Deve fomentar boas relações profissionais apoiando os enfermeiros da prática de cuidados, deve adequar as competências dos enfermeiros à carga de trabalho, incentivando e acompanhando a autonomia profissional e promovendo as oportunidades de progressão profissional, promover a satisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados prestados (Lucas & Nunes, 2020). O enfermeiro gestor é o impulsionador da mudança, no caminho da excelência, promovendo boas relações multidisciplinares entre enfermeiros, médicos e outros profissionais, organizando os recursos existentes na organização e promovendo a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem (Lucas & Nunes, 2020).

Também para Ferreira (2012) o enfermeiro gestor eficiente deve de estar apto a contribuir para organizações que procurem humanizar o trabalho, através de uma gestão flexível, estimulando o enriquecimento pessoal dos seus profissionais, motivando para os ganhos resultantes de um trabalho alcançado de forma colectiva.

Outros autores como McSherry, Pearce, Grimwood, & McSherry (2012), consideram que o enfermeiro gestor deve apresentar-se como um líder de excelência, capaz de gerir recursos existentes e criar ambientes favoráveis à prática clínica de cuidados seguros e de qualidade (McSherry et al., 2012).

Torna-se assim importante a compreensão da evolução da enfermagem, tanto a nível internacional como nacional, durante a qual foram progressivamente exigidas maiores responsabilidades e competências aos enfermeiros chefes/gestores, tal como descreve a OE no Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento n. 76/2018,

2018) afirmando que actualmente o Enfermeiro Gestor detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da enfermagem e da profissão, tal como o domínio específico na gestão, com competência efetiva e expressa do exercício profissional nesta área de actuação. O Enfermeiro Gestor deve possuir uma visão como um todo da Instituição a que pertence, reconhecendo a sua estrutura formal e informal, assim como o ambiente e cultura organizacional, reconhecendo e examinando os fatores contingenciais, que interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação. Deve deter valor económico para a Organização tal como valor socioprofissional para os enfermeiros; sendo o responsável, pela defesa da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes e promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Deve incrementar processos de tomada de decisão com competência relacional, efetiva e transparentemente, assumindo uma atitude ética e de responsabilidade sociocultural, centrada no indivíduo e na aquisição de ganhos em saúde (Regulamento n. 76/2018, 2018).

Desta forma, o enfermeiro gestor pode atuar em dois domínios da competência acrescida avançada em gestão sendo eles: o domínio da gestão e o domínio da assessoria e consultadoria. Ao nível das competências do domínio da assessoria e consultadoria o enfermeiro gestor deve desenvolver a assessoria e a consultadoria visando processos de mudança que agreguem valor às organizações de saúde. Ao nível do domínio da gestão o enfermeiro gestor deve atuar em áreas como: "(...) a prática profissional ética e legal; a gestão pela qualidade e segurança; a gestão da mudança, desenvolvimento profissional e organizacional; o planeamento, organização, direção e controlo; a prática profissional baseada na evidência e orientada para a obtenção de ganhos em saúde" (Regulamento n. 76/2018, 2018). O exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde, pelo que necessita de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem, numa perspetiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional (Regulamento n. 76/2018, 2018).

O ambiente da prática de enfermagem é uma variável de extrema importância para a influência nos resultados dos cuidados de enfermagem (Lake, 2002). Os enfermeiros gestores devem ter esta variável em ponderação, pois a otimização do ambiente da prática de enfermagem (APE) pode assegurar a qualidade dos cuidados, bem como influenciar os resultados e os ganhos em saúde.

Podemos então compreender a importância que detêm os enfermeiros gestores uma vez que têm o dever legal de assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, sendo elementos essenciais também para os profissionais orientando para a

excelência do exercício profissional (McSherry et al., 2012), devem contribuir para influenciar climas organizacionais motivados, tal como para a tomada de decisões de procedimentos, ou ainda influenciar na tomada de decisões políticas (Figueiredo et al., 2020), procurando sempre obter ganhos em saúde.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional foram definidos pela Ordem dos Enfermeiros os Enunciados Descritivos da Qualidade do Exercício profissional. Assim para a satisfação do cliente o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; a promoção da saúde desenvolve-se sempre que o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações é eficaz quando o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes; o bem-estar e o autocuidado é atingido sempre que o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente assim como a readaptação funcional quando o enfermeiro, conjuntamente com o cliente, desenvolvem processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde. A organização dos cuidados de enfermagem está presente sempre que o enfermeiro contribui para a máxima eficácia, na organização, dos cuidados de enfermagem.

Cabe à Ordem dos Enfermeiros “zelar pela observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente” (...) e “Por sua vez às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 7). Assim os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes ajudem a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos, como parte integrante e ativa na produção e implementação de políticas de saúde mais eficazes (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Em suma, o enfermeiro gestor deve desenvolver uma prática profissional e ética que vise a gestão pela qualidade e segurança; a gestão da mudança, o desenvolvimento profissional e organizacional (garantir a implementação e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e garantir a prática profissional baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Os enfermeiros gestores devem usar evidência científica para desenvolver intervenções que fortaleçam a formação, o desenvolvimento e a capacitação dos enfermeiros entre outros clínicos. Estes papéis inovadores devem ser adotados e desenvolvidos para a melhoria dos contextos da prática clínica e da qualidade dos sistemas de saúde (Carvalho & Lucas, 2020). Os enfermeiros gestores deve então ser “agentes de mudança” com influência no

desenvolvimento de políticas de saúde que promovam APE positivos e saudáveis (Murray, 2017).

A Organização Americana de Executivos de Enfermagem (AONE) reconhece a importância de enfermeiros gestores executivos, competentes e qualificados, como essenciais para a melhoria da qualidade dos cuidados e o bem-estar de todos os indivíduos e comunidades, com quem trabalhamos (Sanford & Janney, 2019).

2. Qualidade em Saúde

O crescente reconhecimento ao longo das últimas décadas da importância que a qualidade dos cuidados tem para os sistemas de saúde e para as populações, tornou-se uma tendência mundial nos sistemas de saúde, tendo adotado como referência o desenvolvimento das práticas adotadas ao nível do setor industrial. A segurança do utente, a implementação de novos programas e novas práticas, a preocupação com a diminuição de custos que por vezes levam à falta de recursos materiais e também humanos, têm obrigado gestores e decisores políticos, a debater as teorias, modelos e estratégias em relação à questão da qualidade sector da saúde. O Modelo de Resultados da Qualidade em Saúde de Mitchell, Ferketich & Jennings (1998) divulgou a importância dos indicadores de estrutura, processo e resultado, que orientaram três décadas de estudos, explicando a sua perspectiva como essencialmente linear, assumindo que as estruturas afetam os processos, que por sua vez afetam os resultados. As características dos clientes também devem ser consideradas como resultados mediadores e as intervenções clínicas consideradas processos, relacionando vários fatores que influenciam a qualidade dos cuidados aos resultados pretendidos (Mitchell et al., 1998). O modelo propõe *two-direction relationships* entre os componentes, com as intervenções atuando sempre nas características do sistema assim como nas do cliente. Derivou do conjunto das experiências dos autores no campo da qualidade tanto na prática assistencial como na pesquisa científica obtendo resultados de saúde de qualidade. Assim o modelo é utilizado para orientar o desenvolvimento da melhoria da qualidade e gestão de resultados, para obtenção de variáveis-chave na pesquisa de intervenções clínicas, para fornecer uma estrutura para pesquisa de resultados que compara para além das opções de tratamento, as intervenções organizacionais ou no nível do sistema, podendo ainda trazer contributos para decisões políticas na área (Mitchell et al., 1998).

Donabedian (2003), afirma que o conceito de qualidade pode ser definido, sendo fundamental a sua exatidão para que seja possível posteriormente, a realização de uma monitorização da qualidade existente e implementada. Para tal desenvolveu um modelo concetual - Modelo de avaliação da qualidade dos cuidados - que nos faculta uma estrutura para analisar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Para o autor a qualidade em saúde é o produto da interação de dois fatores; da ciência e tecnologia dos cuidados de saúde e, da aplicação do conhecimento e da tecnologia na prática clínica. De acordo com este modelo, a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos pode ser realizada através de 3 tipos de indicadores: Estrutura, Processo e Resultado (Donabedian, 2003).

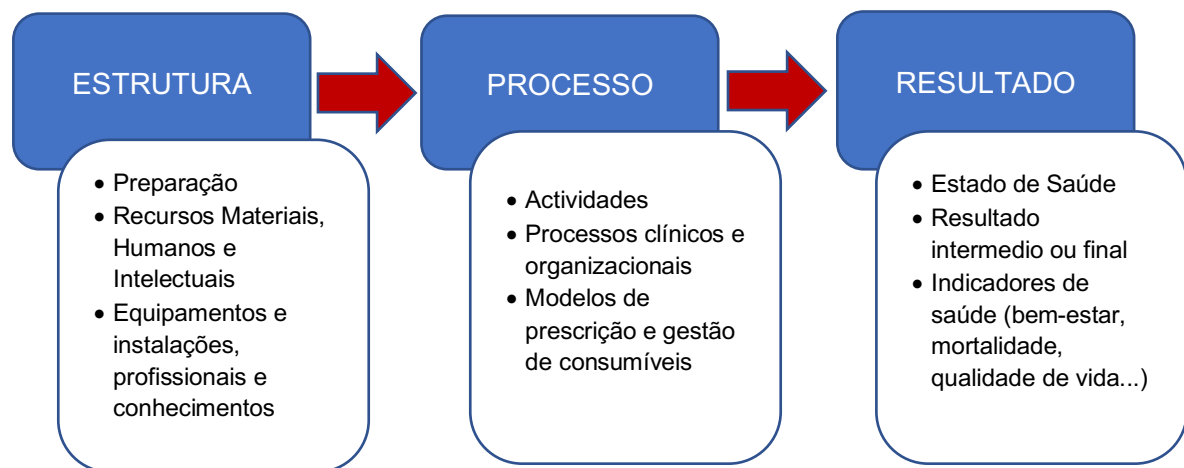
Os Indicadores de Estrutura descrevem o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo estruturas físicas, as equipas de profissionais, financiamento e equipamentos. São

verificadas as condições nas quais os cuidados são prestados, ou seja, os recursos materiais tal como instalações e equipamentos, recursos humanos, suas competências e qualificações e, por fim, as particularidades organizacionais que estão relacionadas com a organização das equipas multidisciplinares (Donabedian, 1988, 2003).

Os indicadores de Processo indicam as transações entre pacientes e prestadores de cuidados dos serviços de saúde, ou seja, estão relacionados com as atividades inerentes aos cuidados praticados, como por exemplo: diagnósticos, tratamentos, ações de reabilitação e prevenção e promoção da saúde (Donabedian, 2003).

Por fim, os de Resultado referem-se às concretizações dos cuidados de saúde sobre o estado de saúde dos utentes, famílias e comunidades (Donabedian, 2003).

Diagrama 1 - Modelo de Donabedian para a melhoria da qualidade: Indicadores de Estrutura-Processo-Resultado



Fonte: Adaptado de Donabedian (2003).

O *Institute of Medicine* (2001) defende uma reestruturação do Sistema de Saúde Americano, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados, considerando-a uma tarefa difícil, mas quando implementada, com enormes benefícios ao nível de uma forte liderança e de um claro caminho a percorrer; adotando as recomendações emanadas pela Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry (1998) (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Todas as instituições de saúde e grupos profissionais, públicos ou privados, dever ter como finalidade, reduzir continuamente a doença ou incapacidade e melhorar a saúde dos indivíduos e das populações, propondo para tal objetivos específicos de melhoria para os cuidados de saúde nomeadamente, a segurança do utente, a efetividade e eficácia dos cuidados, cuidados centrados no utente, oportunos e atempados, a eficiência e equidade. É ainda necessário um acompanhamento contínuo da qualidade, a avaliação dos progressos no cumprimento dos objetivos estabelecidos, para que as partes interessadas - utentes, profissionais de saúde, decisores

políticos, entre outros, possam identificar o progresso ou compreender onde os esforços de melhoria são mais necessários (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

A **Tabela 1** resume algumas das definições mais difundidas de qualidade dos cuidados em saúde em diferentes contextos começando pela definição de Donabedian em 1980 e terminando com a definição fornecida pelo manual da OMS para a política e estratégia de qualidade nacional em 2018 (WHO & OECD, 2019, p. 5).

Tabela 1 - Definições de Qualidade entre 1980-2018

<p>Donabedian (1980) In: <i>"Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment"</i></p>	<p>Quality of care is the kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts. <i>[More generally, quality in this work is "the ability to achieve desirable objectives using legitimate means".]</i></p>
<p>Institute of Medicine, IOM (1990) In: <i>"Medicare: A Strategy for Quality Assurance"</i></p>	<p>Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.</p>
<p>Council of Europe (1997) In: <i>"The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17"</i></p>	<p>Quality of care is the degree to which the treatment dispensed increases the patient's chances of achieving the desired results and diminishes the chances of undesirable results, having regard to the current state of knowledge.</p>
<p>European Commission (2010) In: <i>"Quality of Health care: policy actions at EU level. Reflection paper for the European Council"</i></p>	<p>[Good quality care is] health care that is effective, safe and responds to the needs and preference of patients. <i>The Paper also notes that "Other dimensions of quality of care, such as efficiency, access and equity, are seen as being part of a wider debate and are being addressed in other fora."</i></p>
<p>WHO (2018) In: <i>"Handbook for national quality policy and strategy"</i></p>	<p>Quality health services across the world should be:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effective: providing evidence-based health care services to those who need them. • Safe: avoiding harm to people for whom the care is intended. • People-centred: providing care that responds to individual preferences, needs and values. <p>In order to realize the benefits of quality health care, health services must be timely [...], equitable [...], integrated [...], and efficient [...]</p>

Fonte: WHO & OECD (2019, p. 5).

A nível nacional foi definida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015/2020, que tem como finalidade contribuir para o aumento da equidade como dimensão primordial do SNS, apresentando várias Prioridades Estratégicas de ação com abordagem nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras de cuidados e organizações, para atingir a melhoria da qualidade, clínica e organizacional, esclarecendo que uma maior qualidade e segurança no sistema de saúde envolvem um maior esforço de governação dos decisores e um melhor envolvimento dos profissionais de saúde. Requer desenvolvimento e

integração aos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, para que seja possível o aperfeiçoamento nas áreas da promoção da saúde e prevenção da doença, dos cuidados antecipatórios e do reconhecimento precoce de fatores de risco. “Requer, ainda, o controlo de grupos populacionais de risco e/ou sujeitos a situações de maior vulnerabilidade e o incentivo às práticas integradas de diagnóstico, tratamento e recuperação mais custo-efetivas” (Despacho n. 5613/2015, 2015, p. 13552).

Para tal definiu várias ações das quais se descrevem:

- Minorar a instabilidade da prática clínica, nomeadamente através de normas clínicas nacionais e da sua divulgação como boas práticas;
- Incrementar a integração dos níveis de prestação de cuidados, criando, por exemplo, diretrizes organizacionais de integração das respostas assistenciais às necessidades dos utentes;
- Identificar e disseminar boas práticas, privilegiando o seu intercâmbio;
- Implementar mecanismos para a melhoria contínua da qualidade.
- Fomentar a investigação clínica enquanto instrumento de melhoria da qualidade assistencial e institucional.

Tal como defendido pela OCDE em 2019, o principal objetivo de um sistema de saúde é promover a saúde dos utentes e das populações; no entanto poucos sistemas de saúde avaliam de forma habitual aos seus utentes sobre os resultados e a experiência dos seus cuidados. Ser saudável é também promove 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).

Também os profissionais de saúde são elementos essenciais para o acesso aos cuidados de saúde, tal como, para a realização da promessa de “não deixar ninguém para trás” (WHO, 2020). Fornecem uma contribuição central, rumo ao esforço global para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), para atingir as metas nacionais e globais, relacionadas com as prioridades de saúde, incluindo a cobertura universal de saúde, saúde mental e doenças não transmissíveis, prontidão e rapidez da resposta a emergências, à segurança do utente e à prestação de cuidados integrados e centrados na pessoa (WHO, 2020).

Neste sentido, segundo Dubois, Damour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais (2012), o modelo de organização dos cuidados de enfermagem de Dubois, resulta da configuração de 3 dimensões: A equipa de enfermagem, a Prática de Cuidados e o Ambiente da Prática de Enfermagem estão interligados e dependentes entre si. A Equipa de enfermagem deve ter o número de profissionais necessário para Dotações seguras, com competências necessárias

para a prestação de cuidados de alta qualidade de forma eficiente e eficaz, e, desenvolver métodos de organização dos cuidados de enfermagem de forma a usar todo o seu potencial de conhecimentos e capacidades. Quanto à prática de cuidados prestados deve ser adequada às necessidades dos indivíduos, centrada nos utentes, através da capacitação dos enfermeiros e do desenvolvimento de um corpo de conhecimento e um background de enfermagem, que leva à satisfação dos mesmos na sua prática. No ambiente da prática de enfermagem é primordial a promoção da inovação e de ambientes favoráveis para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, a eficiência dos serviços e das organizações (Dubois et al., 2012; Lucas & Nunes, 2020).

Segundo Ventura, Ramalhal & Lucas (2019) os APE têm efeito indireto positivo por meio da coesão das equipes e dos grupos de trabalho, pela multidisciplinaridade, falta de recursos e restrições organizacionais, adequadas condições de trabalho, clareza nas responsabilidades dos enfermeiros gestores e liderança, oportunidades de promoção e desenvolvimento profissional e ainda na qualidade dos cuidados (Ventura et al., 2019). Os APE estão fortemente associados à satisfação profissional, à segurança e satisfação do utente, com importante influência na qualidade dos cuidados prestados em enfermagem (Lucas & Nunes, 2020; Ventura et al., 2019).

Também Lucas & Nunes (2020) consideram importante modificar os APE por forma a melhorá-los com diligências “político-administrativas”, nomeadamente a promoção da continuidade de cuidados ao utente, com o desenvolvimento da formação de enfermeiros gestores e aumento dos momentos de formação contínua aos enfermeiros, aumentando as ocasiões de participação nas decisões das organizações.

Ainda segundo Lucas & Nunes (2020) e considerando os CSP, as características mais importantes de um APE para a melhoria da qualidade dos cuidados são, o apoio e suporte do gestor; a liderança e a gestão competentes; tal como as boas relações interdisciplinares entre médicos e enfermeiros. Os enfermeiros gestores têm um papel primordial para o desenvolvimento de um APE favorável e propício à promoção de uma prestação de cuidados de qualidade (Lucas & Nunes, 2020).

Também Lucas & Nunes (2020) mencionam que melhorar o ambiente da prática de enfermagem tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com o aumento de resultados para os utentes e para a enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (Lucas & Nunes, 2020).

Considerando a qualidade em saúde uma tarefa multiprofissional, que tem necessariamente um contexto de aplicação local, exigindo reflexão sobre a prática para a definição dos objetivos de cuidados a prestar, tal como o delinear das estratégias para os atingir, a OE

(2001) evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir sobre os mesmos. Defende também ser necessário para além de aprovar projetos de qualidade, que as organizações se comprometam em criar um ambiente da prática de enfermagem favorável à sua implementação e consolidação, de modo que os projetos de qualidade se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Considerando a melhoria contínua como um processo ininterrupto na prática profissional, os enfermeiros têm a compreensão de que para uma gestão eficaz de resultados, as intervenções da prática de enfermagem devem ser sustentadas na evidência científica (Sidani et al., 2016).

Também (Carvalho & Lucas, 2020) consideram o enfermeiro especialista, como um enfermeiro diretamente ligado à prestação de cuidados, que promove a melhoria contínua dos mesmos, ao capacitar e desenvolver as práticas de suas equipas. Estes enfermeiros especialistas têm qualidades de liderança clínica e competências que lhes permitem melhorar significativamente a segurança do paciente e a qualidade da assistência de enfermagem (Carvalho & Lucas, 2020).

Os projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem permitem-nos a realização de um questionamento e uma reflexão sobre a nossa prática clínica, com base na evidência científica, com o objetivo da melhoria da mesma, no caminho da excelência da prática de cuidados. A qualidade em saúde é tarefa multiprofissional, logo o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem; as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas), estando a qualidade do exercício profissional de enfermagem intrinsecamente relacionada com a experiência profissional, conhecimento e habilidades, tal como as competências com o empenho, procedimentos e comportamentos. Neste contexto a OE desenvolveu a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2001) clarificando para tal, o seu enquadramento concetual:

A saúde como estado e, simultaneamente, representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual, não podendo ser apreciado apenas como conceito oposto ao de doença.

A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se.

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem na conceção de saúde de cada pessoa e da comunidade.

Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Foram também definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem de forma a atingir a qualidade visando explicitar a natureza e englobando as diferentes expressões do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se assim que estes ajudem a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Fradique & Mendes (2013) explicam que a qualidade em enfermagem necessita de reflexão sobre a prática dos cuidados, por forma a definir objetivos e a delinear estratégias para que esses objetivos sejam atingidos, exigindo algum tempo para refletir sobre os cuidados prestados (Fradique & Mendes, 2013). Assim, e para Fradique & Mendes (2013) citando Tafreshi, Pazargadi e Saeedi (2007), a qualidade dos cuidados de enfermagem “é a prestação dos cuidados com segurança baseada em padrões de enfermagem como a satisfação do utente, cuidados mínimos otimizados e cuidados seguros para os utentes” (Fradique & Mendes, 2013, p. 47; Tafreshi et al., 2007).

A gestão da qualidade deve ser refletida como um processo contínuo de planeamento, implementação e avaliação das estruturas de garantia da mesma, metodologias, procedimentos e atividades relacionadas com o desenvolvimento e melhoria da qualidade (Imperatori & Giraldes, 1993; Lage & Sousa, 2013).

Também segundo a WHO (2006) a implementação de políticas de saúde, visando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, tem como objetivos promover e preservar a saúde das populações. Assim pretendem organizar os serviços prestadores de cuidados por forma a satisfazer as necessidades das populações e garantir a competência profissional dos prestadores de cuidados de saúde. Tencionam ainda assegurar a utilização eficaz e racional dos recursos humanos e financeiros, dos equipamentos, promover a informação e ainda certificar a satisfação dos utentes dos serviços de cuidados de saúde (Lage & Sousa, 2013;

WHO, 2006). Nesta organização de serviços de saúde, os enfermeiros gestores e o seu modelo de liderança assumem particular importância.

3. O Enfermeiro Gestor de Caso

Segundo a OMS (2020) a liderança e a governação clínica em enfermagem são fundamentais para o desenvolvimento da força de trabalho em enfermagem. É necessário agir e apoiar os enfermeiros gestores, com cargos que contribuem para as decisões de políticas de saúde, no sentido do fortalecimento da força de trabalho nacional de enfermagem, que resultem da tomada de decisão baseada em evidência científica (WHO, 2020). Devem ser implementados e desenvolvidos programas para estimular o desenvolvimento da liderança em jovens enfermeiros, com a finalidade do fortalecimento da liderança em enfermagem. Estes programas implementados tanto para líderes atuais como futuros, são importantes para garantir que os enfermeiros tenham um papel influente na formulação de políticas de saúde e na tomada de decisões que contribuam para a eficácia dos sistemas de saúde e de assistência social (WHO, 2020).

Também para Ferreira et al. (2018), a Liderança é uma aptidão extraordinariamente necessária e exigida aos enfermeiros para influenciar as suas equipas a prestar cuidados de enfermagem que respondam às expectativas dos utentes.

No relatório da OMS está descrita e valorizada a existência, em vários países, de programas universitários de Formação de enfermagem, com destaque nas temáticas da liderança, da administração e gestão de caso, tendo em conta os fatores socioeconómicos que afetam a saúde, os resultados para o utente em diversos ambientes, como o hospitalar ou em CSP, sempre com a presença do componente prática Baseada na Evidência (WHO, 2020).

Conforme alguns autores, as organizações que investem na formação e acompanhamento dos seus líderes aos vários níveis da liderança e da gestão, influenciam positivamente os seus profissionais, melhorando a sua produtividade e motivando-os no sentido da qualidade de forma construtiva (Ferreira et al., 2018).

Na década de 60, e segundo Lukersmith, Millington, & Salvador-Carulla (2016) foi desenvolvido um novo perfil de atribuições em gestão, a conceção inicial de gestor de caso, que veio dar resposta à desinstitucionalização de um significativo número de pessoas, com graves condições de doença mental e que necessitavam de acompanhamento, terapia e integração na comunidade. Posteriormente nos anos 70 e 80 o custo crescente dos cuidados de saúde, e a descentralização dos serviços de saúde influenciou e desenvolveu grandemente a evolução do papel do gestor de caso. Já nos anos 90 o gestor de caso assume variadas configurações e implementações, desde os cuidados hospitalares, pós-internamento, reabilitação e prestação de cuidados a doentes crónicos com situações complexas de saúde, desenvolvendo-se principalmente a nível da comunidade (Lukersmith et al., 2016).

Gestão de caso, ou coordenação de cuidados eram funções inicialmente exercidas por profissionais do Serviço Social, que pela sua complexidade e diversidade de contextos e comunidades, são atualmente exercidas por profissionais de variadas profissões, tal como enfermeiros, médicos, terapeutas entre outros (Arnold, 2019; Cary, 2016; Lukersmith et al., 2016).

O enfermeiro gestor de caso deve compreender atividades implementadas tanto a nível individual, como das famílias ao seu cuidado na comunidade. Ser gestor de caso implica desenvolver um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação, com gestão e monitorização de cuidados, tal como “*advocacy*”. Implica atuar como facilitador junto dos indivíduos e famílias, tal como junto dos profissionais que deles cuidam, propondo-lhes opções para as suas necessidades de saúde e comunicando-lhes os recursos disponíveis de forma a promover também resultados eficazes de custo/qualidade (Stanhope & Lancaster, 2016).

Existem numerosos modelos de gestão de caso, sendo que as várias organizações desenvolvem as intervenções do gestor de caso do ponto de vista das suas próprias metas, processos e contextos (Commission for Case Manager Certification, 2021; Powell & Tahan, 2018).

Os gestores de caso são então definidos de forma consistente, e considerada apropriada em diversas organizações profissionais (Commission for Case Manager Certification, 2021) pelo que foram consideradas duas das organizações mais significativas nesta temática. De acordo com a *Case Management Society of America (CMSA)*, uma organização multidisciplinar, os gestores de caso concretizam um processo colaborativo de planeamento, facilitação, coordenação de cuidados, avaliação e “*advocacy*”, dando resposta às vastas necessidades de saúde da pessoa e família, por meio da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a segurança do utente, a qualidade dos cuidados e os resultados económicos. Assegura ainda que os gestores de caso apoiam o objetivo triplo do *Institute for Healthcare Improvement* de melhorar as experiências de atendimento ao utente, reduzir os custos da saúde e obter ganhos em saúde para a população (Arnold, 2019; Powell & Tahan, 2018).

A *Commission for Case Manager Certification (CCMC)* define gestão de caso como um processo profissional e colaborativo que avalia, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia as escolhas, e os serviços essenciais, para responder às necessidades de saúde do indivíduo. Como ferramentas, o gestor de caso usa os recursos disponíveis e a comunicação de forma a promover ganhos em saúde. É através da qualidade e do equilíbrio entre custo-eficácia que pretende atingir o *Triplo Objetivo*: A melhoria da experiência dos cuidados prestados, a melhoria da saúde das populações e a redução dos custos, per capita, dos cuidados de saúde (Commission for Case Manager Certification, 2021).

O gestor de caso exerce uma prática especializada no âmbito das profissões psicossociais e também no âmbito das profissões da saúde. De forma a organizar funções e actividades a CCMC delineou a filosofia e os princípios orientadores subjacentes aos serviços e práticas de gestão de casos – Case Management Body Of Knowledge (CMBOK) (Commission for Case Manager Certification, 2021):

- A gestão de caso é uma prática interdependente de uma especialidade interdisciplinar, não sendo considerada uma profissão.
- Utiliza a *advocacy*, a comunicação, a formação, a identificação dos recursos e a facilitação do serviço, com o objetivo de promover a autonomia e melhorar a saúde e bem-estar dos utentes.
- A gestão de casos baseia-se nos princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, veracidade e equidade.
- Gestores de caso provêm de diferentes campos de exercício profissional dentro das profissões de saúde e serviços humanos, incluindo enfermagem, medicina, serviço social, fisioterapia e reabilitação, profissionais de saúde mental e comportamental.
- Gestores de caso trabalham com a finalidade de resultados de qualidade para o utente, comprometendo-se com a utilização adequada de recursos e o empoderamento dos utentes de forma objetiva e de acompanhamento.
- O primeiro dever do gestor de caso é para com os seus utentes, coordenando cuidados seguros, atempados, eficazes, eficientes, equitativos e centrados no indivíduo.
- O Processo de Gestão de Caso centra-se nos utentes e seus sistemas de suporte. É holístico na abordagem das situações dos utentes as necessidades médicas, físicas, funcionais, emocionais, financeiras, psicossociais, legais, comportamentais, espirituais entre outras; tal como nas dos seus sistemas de suporte.
- O Processo de Gestão de Casos é adaptativo às definições práticas do gestor de caso e aos serviços de saúde e humanos.
- Os gestores de casos abordam de forma colaborativa a prestação de serviços ao utente. Profissionais das várias organizações de saúde entre outras colaboram estreitamente em benefício dos utentes e seus sistemas de suporte.
- Os objetivos da gestão de caso são, em primeiro lugar, a melhoria do estado clínico, funcional, emocional e psicossocial do utente.
- As organizações de saúde para as quais os gestores de casos trabalham também podem beneficiar das suas atividades e competências. Podem perceber que os custos são mais baixos, períodos de permanência mais curtos, com consequentes ganhos em saúde, e ainda o regresso precoce ao trabalho com diminuição do absentismo do utente.

- Os sistemas de prestação de cuidados de saúde, incluindo os prestadores de cuidados, as organizações, o utente e os próprios empregadores; todos beneficiam quando os utentes atingem o seu nível ideal de aptidão funcional, autocuidado e bem-estar.
- O Gestor de caso facilita o utente a alcançar o bem-estar e autonomia através da *advocacy*, apreciação abrangente, planeamento, comunicação, educação em saúde, gestão de recursos, acessibilidade e simplificação de serviços sempre com utilização de directivas ou padrões baseados em evidência científica. Visualizando as crenças e valores culturais e as necessidades dos utentes e seus sistemas de apoio; colaborando com todos os prestadores de serviços (tanto profissionais de saúde como outros), os gestores de casos ligam os utentes aos prestadores de cuidados e aos recursos adequados no continuum dos serviços de saúde e humanos. Fazem-no certificando-se que os cuidados prestados são seguros, eficazes, centrados no cliente, atempados, eficientes e equitativos; abordagem que alcança os melhores resultados desejáveis para todas as partes interessadas.
- As atividades do gestor de caso são otimizadas quando realizadas num ambiente que permite comunicação direta, aberta e honesta, colaboração entre o gestor de caso, o sistema utente e o seu suporte, o prestador de cuidados de saúde primários, o prestador de cuidados especializados, e todos os outros profissionais de prestação de serviços.
- Os gestores de casos melhoram os serviços e os seus resultados associados, mantêm a privacidade, a confidencialidade, saúde e segurança dos utentes através da *advocacy*, adesão a normas e regulamentos, orientações éticas e legais, de acreditação, certificação, conforme descrito nas definições da prática.
- Os gestores de casos devem possuir conhecimentos, competências e experiências necessárias para prestar serviços adequados, seguros e de qualidade aos seus utentes e sistemas de suporte.
- Os gestores de casos devem demonstrar um sentido de compromisso e obrigação para manter os conhecimentos e competências atualizados. Devem igualmente divulgar as suas inovações e resultados de práticas, desde atividades de investigação à comunidade de gestão de casos, em benefício do avanço do campo da gestão de casos (Commission for Case Manager Certification, 2021).

Todos estes princípios orientadores encontram-se espelhados no Quadro de Conhecimento do Gestor de Caso adaptado de Commission for Case Manager Certification's CMBOK® na **Figura 1**, tal como o processo de gestão de caso que consiste em nove fases através das quais os gestores de caso prestam cuidados aos seus utentes. O processo global é interativo, não linear e cíclico, sendo as suas fases revisitadas conforme necessário até que o resultado desejado seja alcançado (Commission for Case Manager Certification, 2021).

As nove fases definidas pela CCMC são: Rastreo, Avaliação, Estratificação de Risco, Planeamento, Implementação (Coordenação de Cuidados), Acompanhamento, Transição (Cuidados Transitórios), Comunicação pós-transição e Avaliação. Centrando-se utente e no sistema de suporte ao mesmo, o processo de Gestão de Caso é holístico na sua abordagem à gestão da situação ambos. Adapta-se tanto à definição prática do gestor de casos, como à definição de cuidados de saúde em que o utente recebe serviços (Commission for Case Manager Certification, 2021).

Figura 1 - Conhecimento do Gestor de Caso segundo a CCMC

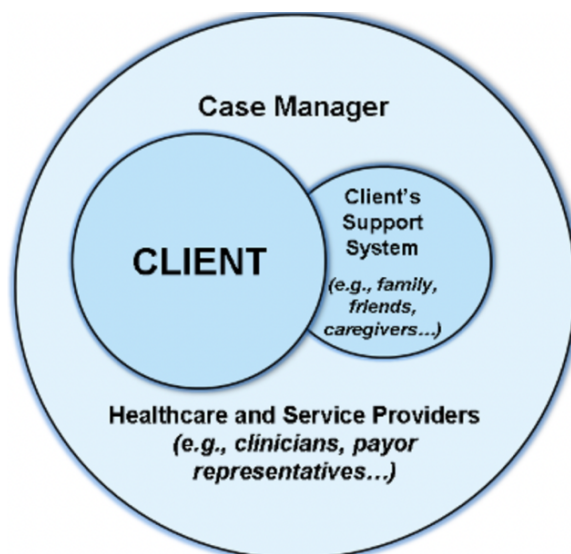


CASE MANAGEMENT KNOWLEDGE FRAMEWORK

Fonte: <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>

Para que o gestor de caso seja bem-sucedido é necessário que o trabalho seja realizado por uma equipa robusta, que trabalhe em rede e com facilidade de comunicar de forma célere e eficaz: A Equipa de Gestão de casos (Arnold, 2019). A equipa é constituída pelo próprio utente, pelo sistema de suporte ao utente, pelos profissionais dos cuidados de saúde e os outros prestadores de serviços conforme ilustrado na **Figura 2** (Commission for Case Manager Certification, 2021).

Figura 2 - Equipa de Gestão de Caso segundo CCMC



Fonte: <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>

3.1. Intervenção do enfermeiro gestor de caso em situação de violência doméstica em Cuidados de Saúde Primários

Para Carmona, Quaresma & Lucas (2021) o enfermeiro gestor de caso presta um serviço aos profissionais clínicos, aos gestores, aos académicos, aos investigadores e ainda aos responsáveis pela definição de políticas de saúde, ao apresentar contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, particularmente de enfermagem, a pessoas em situação de VD, em contexto dos CSP. Assim a implementação de Modelos de Gestão de Caso, nas unidades funcionais dos ACES, melhora a resposta às vítimas de violência, com consequência no aumento da qualidade dos cuidados prestados, tal como no aumento de resultados na prevenção (Carmona et al., 2021).

São ainda aspetos pertinentes a considerar em contexto de CSP, a relação multidisciplinar entre enfermeiros e médicos, assim como entre enfermeiros, gestores e administradores. Também é relevante a consideração de uma boa comunicação nas Unidades Funcionais dos ACES e entre as organizações (Lucas & Nunes, 2020), por forma a realizar um trabalho em rede, com abordagem na promoção da prevenção do fenómeno da Violência Doméstica (Carmona et al., 2021).

A contribuição do enfermeiro gestor de caso para situações de saúde complexas proporciona uma contribuição única para a integração dos cuidados de saúde, serviços sociais e outros serviços no setor dos Cuidados de Saúde Primários, para utentes com condições de saúde complexas (Arnold, 2019; Lukersmith et al., 2016), visando a prestação de cuidados integrados e centrados no indivíduo como objetivos primordial dos cuidados, visando a

participação, o autocuidado e a autonomia dos indivíduos (Carmona et al., 2021; Commission for Case Manager Certification, 2021).

Através das definições de gestor de caso, vários programas foram desenvolvidos, sempre com o objetivo da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente (Carmona et al., 2021). Para além dos vários programas de melhoria da qualidade implementados, relacionado com as intervenções de enfermeiro gestor de caso foi descrito um projeto de criação, implementação e avaliação de um programa estruturado para detetar e gerir situações de VD, num serviço especializado em medicina de emergência. Reconhece-se que uma forte liderança e a priorização do tema do fenómeno da VD dentro do serviço como facilitador do desenvolvimento dos procedimentos e contribuído substancialmente para o seu sucesso. O trabalho em rede, realizado com os parceiros da comunidade, tem sido inestimável na adaptação do programa de serviço e educação às necessidades dos profissionais e principalmente dos utentes (Basu & Ratcliffe, 2013; Carmona et al., 2021).

Para Frankel, Gelman & Pastor (2019) o gestor de caso é o profissional que trabalha e interliga o conjunto dos vários serviços de prestadores de cuidados, para a resposta às necessidades específicas e transacionais do seu utente. Gestores de caso tornam-se peritos em recursos comunitários que possam ajudar o seu utente, conhecem os processos necessários ao utente para solicitar e receber os serviços e a ajuda necessária, e mesmo quando os serviços solicitados são inexistentes ou estão indisponíveis, os gestores de caso promovem na comunidade o desenvolvimento de novos recursos que sirvam de resposta às necessidades dos utentes (Frankel et al., 2019). Atuando como gestores de caso os enfermeiros *advogam* os utentes contribuindo simultaneamente para a economia de custos entre outros benefícios que ajudam a sustentar os sistemas de saúde (Arnold, 2019; Cary, 2016; Lukersmith et al., 2016).

É essencial que os decisores políticos aos vários níveis, tomem consciência da potencialidade de ganhos em saúde que significa implementar o modelo de gestor de caso, em CSP, tal como elucidado por Teper, Vedel, Yang, Margo-Dermer, & Hudon (2020). Essa compreensão permite-lhes ponderar e desenvolver condições efetivas, que proporcionem aos profissionais de saúde recursos e oportunidades, para uma gestão de caso com sucesso (Teper et al., 2020).

Ser um profissional competente em gestão de caso é sinónimo de ser responsável também pelos resultados (Powell & Tahan, 2018). Os autores explicam a semelhança entre o modelo de gestor de caso e modelo de Dreyfus de aquisição de competências desenvolvido por Benner (1994) “*De Iniciado a Perito*”, comparando os 3 últimos estádios – Competente, Proficiente e Perito como tendo já desenvolvido avançadas competências e perceções. Estas perceções holísticas estão para além de uma resposta analítica, ou uma compreensão

intuitiva uma situação a decorrer. Assim, tal como defendido por Benner, Powell & Tahan (2019) atribuem ao gestor de caso experiente competências de organização, planeamento, e coordenação das múltiplas necessidades e solicitações do utente, tal como reorganização e remodelação das prioridades nas constantes mudanças situacionais do utente (Powell & Tahan, 2018).

“No âmbito da nossa realidade portuguesa, a gestão de caso tem sido, diríamos timidamente, utilizada (...), sendo importante que mais experiências se possam realizar e conhecer” (Cordeiro & Carvalho, 2020, p. 18).

Reconhecer o gestor de caso como um coordenador de intervenção de cuidados integrados e complexos, com uma contribuição única nos cuidados sociais e de saúde; assim como na participação e na autonomia dos indivíduos em situações complexas de saúde (Lukersmith et al., 2016), torna adequado o desenvolvimento do projeto de enfermeiro gestor de caso, em CSP, para situações de violência doméstica e sua prevenção (Carmona et al., 2021).

Segundo Silva, Leal, Trentin, C. Vargas, M. Vargas & Vieira (2017), o gestor de caso tem responsabilidade multifacetada em situação de promoção da prevenção da Violência Doméstica. Para além de se manter atualizado sobre as questões que exercem influência na sua prática profissional também deve ter sempre presentes os seus deveres jurídicos e profissionais, ou seja, o gestor de caso pode fazer a diferença ao ponto de salvar uma vida, através dos registos e da notificação das situações de risco/perigo (Silva et al., 2017), tendo também importante papel na capacitação da comunidade para implementar estratégias de forma a interromper a perpetração da VD (Muller, 2014).

A Violência doméstica é descrita como um grave problema de saúde pública de complexa abordagem em contexto de CSP, sendo que as enfermeiras desempenham um papel importante no reconhecimento e na resposta ao fenómeno (Bradbury-Jones, 2015). Possuem o conhecimento sobre violência doméstica, mas não têm segurança suficiente para questionar os utentes, clientes e estudantes/colegas, de forma a identificar as situações. À medida que os profissionais em CSP realizam visitas domiciliárias, trabalham com e para a comunidade, desempenham um papel importante no início de conversas determinantes sobre assuntos domésticos e violência doméstica, podendo e devendo utilizar suas competências relacionais para melhorar os resultados de saúde pública tanto para as crianças, como para as famílias (Bradbury-Jones, 2015; Carmona et al., 2021).

A maioria dos diferentes tipos de programas implementados de assistência a mulheres em situações de saúde complexas, tal como são as vítimas de violência doméstica, apresenta resultados bastante positivos, tendo sido considerados como benéficos para as mesmas (Sprague et al., 2017), para as suas famílias e para as comunidades, com ganhos em saúde e conseqüente redução dos custos das organizações. Perante a atual realidade da VD torna-

se importante a implementação de projetos inovadores nesta temática, de forma a fornecer resposta eficaz às vítimas e seus familiares, de forma metodizada e competente.

Um dos projetos inovadores de gestor de caso, é descrito como sendo constituído por equipas pluridisciplinares, de médicos e enfermeiros que realizam visitas aos utentes ou prestam cuidados de saúde no domicílio, sendo que as equipas também incluem assistentes sociais, fisioterapeutas ou até capelões. Para Davis (2015) a instalação de modelos de atendimento inovadores, envolve todo um sistema, não apenas uma linha de serviço ou uma especialidade. A instalação requer interrupção, com um contexto cultural para apoiá-la, para um contínuo de cuidados centrados no cliente. Uma cultura dentro da qual a rutura consegue ocorrer é aquela que é construída sobre alinhamento e objetivos comuns, visão compartilhada, propósito compartilhado, comunicação, defensores identificados e continuidade do cuidado (Carmona et al., 2021; Davis, 2015).

Estão descritos ainda vários outros modelos de gestão de caso, com abordagem inicial através de instrumentos de triagem para o fenómeno da VD, para a prevenção da mesma, e diminuição das complicações. Entre os variados instrumentos de medida e avaliação da VD encontramos o questionário AAS, "Abuse Assessment Screen", que é usado para avaliação de situações de risco/perigo de violência doméstica; em caso de confirmação de um caso positivo de VD, existe a obrigação legal de completar o registo e a documentação com uma parte específica das lesões. Também Prieto, Buendía, Corbalán & Mogente (2015), desenvolveram outra forma de realizar a triagem do fenómeno da VD de modo a analisar o risco usando o questionário DA "Danger Assessment" (Prieto et al., 2015). Também o programa MOVE foi um ensaio clínico randomizado, de um modelo aperfeiçoado, de triagem de Violência Doméstica e cuidados de suporte por parte de enfermeiras de Saúde Materna e Infantil. O NPT foi desenvolvido a partir do Modelo de Processo de Normalização. É uma teoria de implementação social que fornece uma construção concetual para compreender o planeamento social do trabalho (implementação), de tornar os procedimentos elementos habituais da vida quotidiana (incorporação) e de conservar práticas integradas nos seus contextos sociais (integração). O NPT reconheceu a introdução de uma nova prática clínica como um processo social (Hooker & Taft, 2016). Ainda foi descrito por Kramer, Nosbusch e Rice (2012) outro programa - o SMSB "*Safe mom, safe baby*" que conquistou ganhos no tratamento do complexo problema da VD durante a gravidez. Esses ganhos refletem o impacto do modelo de prestação de cuidados colaborativos, particularmente como o modelo sustenta a integração clínica e promove sinergias entre os recursos restritos e conjuntos de competências do sistema de saúde e da "agência comunitária" de violência doméstica. Os resultados positivos relacionados com saúde e segurança para mulheres e seus bebés são alcançados, assim como os membros das equipas das organizações de saúde e violência

doméstica beneficiam dos serviços de consultoria e educacionais do programa. (Carmona et al., 2021; Kramer et al., 2012).

O enfermeiro Gestor de caso deve estar focado na aprendizagem de competências, argumentar não só a importância da gestão de caso no atual trabalho social e nos serviços de saúde, mas de forma mais globalizante, nos desafios que os gestores de caso enfrentam para ajudar os utentes a atingir a resposta às suas necessidades e a auto-suficiência (Frankel et al., 2019).

4. Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV)

Dada a importância desta problemática, foi identificada na Conferência de Istambul a importância da formação adequada dos profissionais (artigo 15º), para a prevenção e detecção precoce dessa mesma violência, a compreensão das necessidades e dos direitos das vítimas, bem como a forma de evitar a vitimização secundária (Conselho da Europa, 2013).

Para a OMS os CSP resultam do compromisso com a justiça e equidade social, assim como do reconhecimento do direito fundamental a atingir o nível mais elevado de saúde, conforme o articulado do Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (WHO, 2019). Para tal trabalha com os países no sentido de reconhecer áreas prioritárias para melhorar a saúde e abordagens específicas de contextos que se baseiem nos conhecimentos técnicos existentes, ajudando-os a elaborar políticas inclusivas, liderança interna e sistemas de saúde baseados em cuidados de saúde primários que promovam a igualdade na saúde e trabalhem no sentido de se atingirem os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), assim como a cobertura universal de saúde, abordando os determinantes sociais e de desigualdade, mais vastos na saúde, através de ações multisectoriais (WHO, 2019). Diretamente e mais relacionados com a VD, detemo-nos no terceiro ODS - Garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; e no quinto ODS - Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas, para que seja possível eliminar todas as formas de violência contra meninas e mulheres (WHO, 2020).

A OMS explica os CSP como sendo uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências dos indivíduos, famílias e comunidades. Defende ainda a prestação de cuidados completos às pessoas, de acordo com as suas necessidades de saúde durante toda a vida, e não só para um conjunto de doenças específicas, tão próximo quanto possível do seu ambiente diário, na comunidade onde se integram (WHO, 2019), permitindo assim a prestação de cuidados de maior proximidade, inclusivamente para a problemática da VD.

Abramsky et al. (2011) alertam que uma das áreas prioritárias, com importância crescente da atuação na área da saúde, é a do fenómeno da Violência Doméstica ou Violência de Género, que tem vindo a aumentar de importância a partir da década de 90, sobretudo por força dos movimentos feministas, principalmente nos últimos anos. Olhar para a Violência doméstica e a violência contra as mulheres através de uma perspetiva de saúde pública, permite-nos compreender as várias dimensões do fenómeno, tal como os fatores associados ao mesmo, por forma a desenvolver respostas multisectoriais (Abramsky et al., 2011; WHO, 2005). Muitas das vezes, o SNS é o primeiro ponto de contato com as mulheres vítimas de violência

(Abramsky et al., 2011; Despacho n. 9494/2019, 2019). É de extrema importância aumentar a consciencialização entre os decisores de políticas de saúde, assim como dos prestadores de cuidados, sobre a gravidade do problema e como ele afeta a saúde das mulheres, suas famílias, e a própria sociedade. Idealmente, as conclusões informarão uma resposta mais eficaz do governo, incluindo os setores de saúde, justiça e serviço social, como um passo para cumprir a obrigação do Estado de eliminar a violência contra as mulheres de acordo com as leis internacionais de direitos humanos (WHO, 2005).

Em Portugal e sensivelmente nos últimos 10 anos, a intervenção do ministério da saúde tem conhecido avanços significativos em relação à preocupação em dar resposta efetiva à problemática do fenómeno da VD, como se pode compreender na **Figura 3**.

Primeiramente na área da proteção das crianças e jovens em risco, através do Despacho n. 31292/2008, de 20 de novembro publicado no Diário da República, 2.ª série, n. 236, de 5 de dezembro, que considerando a relevância dos maus-tratos em crianças e jovens como um grave problema de saúde pública, aprovou a *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*, de forma a oficializar os trabalhos já em curso.

Figura 3 - Evolução Histórica da Legislação referente à resposta ao fenómeno da violência.

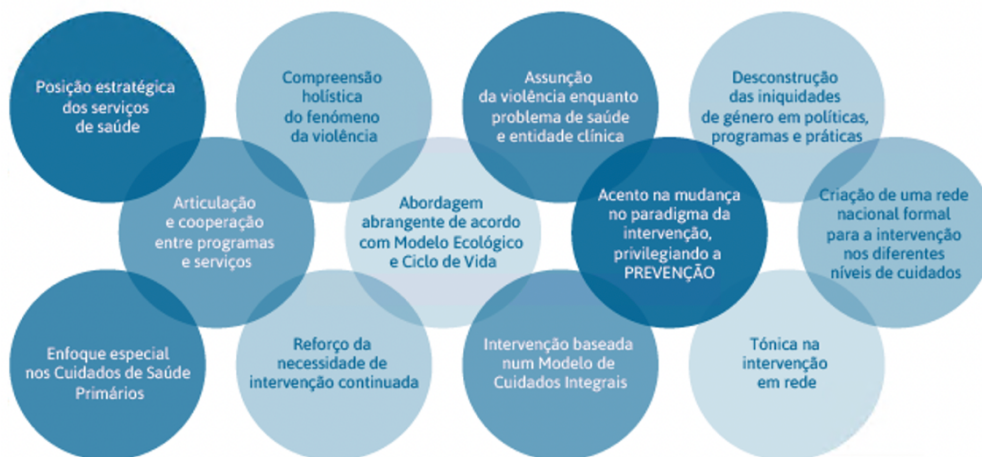


Fonte: Webinar/Formação sobre Rastreamento de Violência Interpessoal, proporcionado pela equipa de gestão do PNPVCV da ARSLVT, realizado a 04 de Nov. de 2020

Posteriormente através do Despacho n. 6378/2013, de 7 de maio, publicado no Diário da República, 2.ª série, n. 94, de 16 de maio, foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida desenvolvido por Prazeres, Perdigão, Menezes, Almeida, Machado & Silva (2014). Este modelo, que se baseia nos princípios norteadores apresentados na **Figura 4** (Prazeres et al., 2014). tem a designação de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

(ASGVCV) (Despacho n. 9494/2019, 2019; Prazeres et al., 2014), pois existia ainda uma lacuna ao nível da proteção da população adulta, sénior, grupos e populações especialmente vulneráveis, como sendo as mulheres e os migrantes.

Figura 4 - Princípios Orientadores para a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida



Fonte: Prazeres et al. (2014, p. 145).

Partindo destes princípios norteadores, expostos anteriormente, foram então assim delineados e descritos os objetivos para a ASGVCV:

- Promover a igualdade e a equidade em saúde, independentemente da idade, sexo ou orientação sexual, da sua etnia ou religião, e da sua condição socioeconómica ou condição de saúde.
- Prevenir a violência interpessoal, principalmente a violência doméstica, a violência no namoro, o stalking, a violência, ou negligência contra a pessoa idosa, a violência vicariante, e o tráfico de seres humanos.
- Promover a articulação funcional da ASCJR, através dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) com a intervenção no domínio da violência em adultos, promovendo uma intervenção mais estruturada e integrada (Despacho n. 9494/2019, 2019; Prazeres et al., 2014).

Para operacionalizar estes objetivos foram formadas as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), que operacionalizam a ASGVCV e detêm autonomia técnica e funcional idêntica à atribuída aos NACJR estando igualmente inseridas na estrutura orgânica dos ACES (Prazeres et al., 2014).

Posteriormente e fortalecendo a importância da competência dos serviços de saúde, a resolução do Conselho de Ministros n. 139/2019, de 19 de agosto, vem descrever as ações prioritárias e propor uma ação integrada e em rede em contexto de prevenção primária e

secundária da violência, contra as mulheres e violência doméstica, fortalecendo os mecanismos de sinalização e atendimento às vítimas de violência, violência contra as mulheres e violência doméstica, o que transformou a ASGVCV no novo Plano Nacional de Prevenção da Violência ao longo do Ciclo de Vida (PNPVCV) (Despacho n. 9494/2019, 2019). A definição do novo PNPVCV tem como finalidade reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nas suas múltiplas formas e contextos de ocorrência (Despacho n. 9494/2019, 2019; Prazeres et al., 2014). Com esta nova atualização legislativa o governo pretende dinamizar as equipas de saúde de forma a garantir a deteção precoce dos fatores de risco e das situações de violência interpessoal; a assegurar perante situações de violência, uma intervenção adequada, atempada e articulada; promovendo a literacia sobre os direitos humanos, no âmbito das relações interpessoais e uma cultura de não-violência nas comunidades (Biscaia et al., 2020; Despacho n. 9494/2019, 2019). Assim, no prosseguimento das políticas de saúde para este fenómeno a promoção da melhoria e aperfeiçoamento das respostas dadas ao cidadão, é essencial. Pretende-se um serviço público mais eficiente para os cidadãos e comunidades, para os profissionais e para as organizações.

A Direção Geral da Saúde (DGS) visa perante o Despacho 9494/2019 do Diário da República n. 202/2019, estruturar a intervenção no que concerne à área da Saúde. Para tal, com o intuito de uniformizar modos de intervenção a nível nacional, potenciar projetos e intervenções já desenvolvidos pelos serviços de saúde assim como promover as boas práticas de atuação no domínio da violência, ao desenvolver o PNPVCV, reorganiza toda a intervenção na área da Saúde, fornecendo indicações para monitorizar e avaliar, articular com as equipas locais e regionais, assim como com outros setores que detêm competências no domínio da violência interpessoal (Despacho n. 9494/2019, 2019; Prazeres et al., 2014).

O desenvolvimento e implementação do PNPVCV visa continuar a sensibilizar e a formar os profissionais de saúde para que o mais precocemente possível se detetarem os fatores de risco e de perigo da ocorrência de situações de violência interpessoal, para uma resposta oportuna e eficiente (Prazeres et al., 2014).

Perante uma situação de suspeita ou de confirmação de violência (risco ou perigo), é preciso agir de forma integrada, protegendo e assistindo a vítima, mobilizando para tal os apoios necessários e a intervenção de outras instituições e contextos, de acordo com a Legislação, diligenciando da mesma forma suporte e orientação à pessoa perpetradora da conduta violenta, de forma que seja interrompido o ciclo de violência (Prazeres et al., 2014).

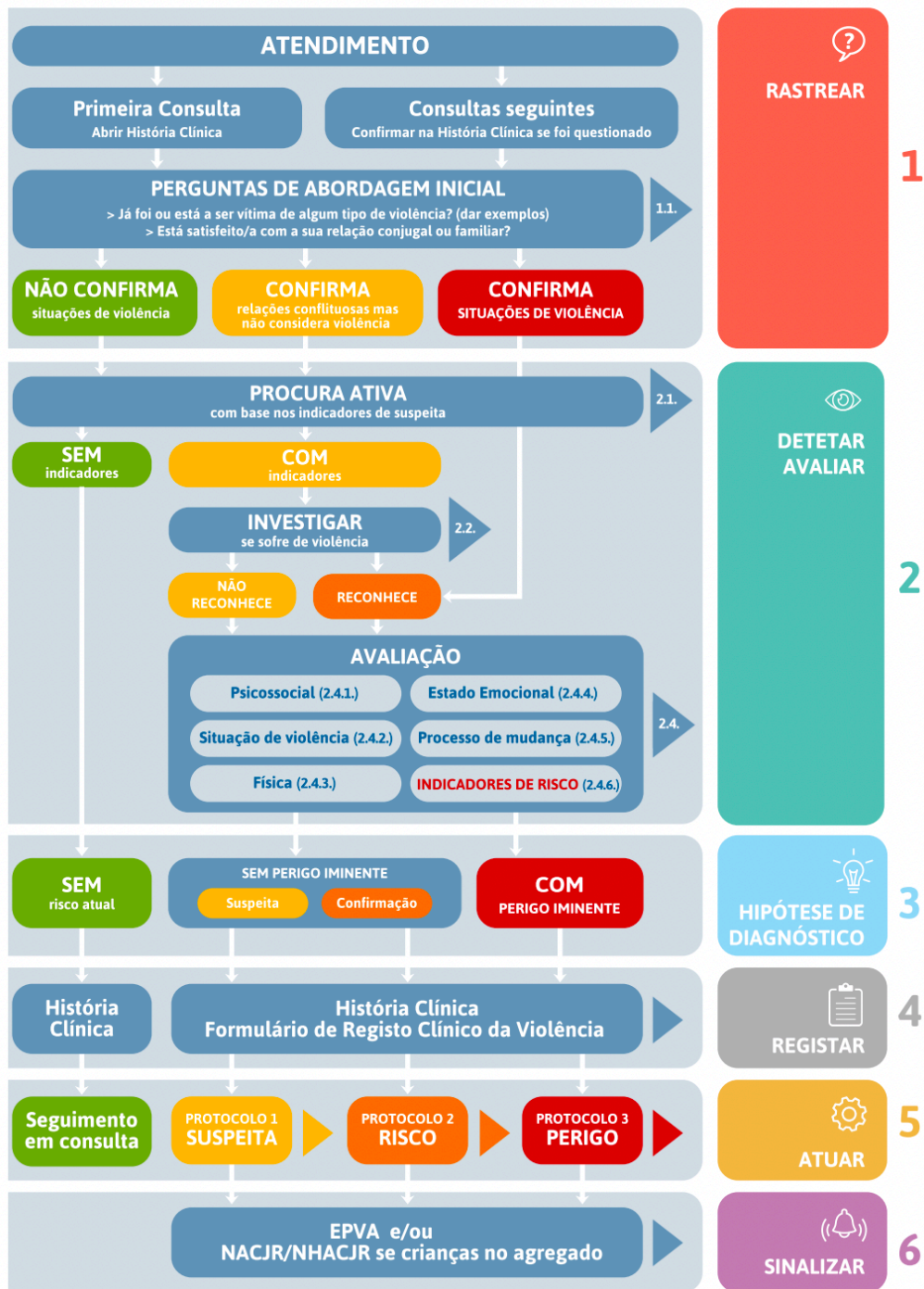
A violência, mormente a violência doméstica, é, indiscutivelmente, um problema de saúde pública, que impõe a adoção de estratégias multissetoriais e de respostas eficazes e rápidas, de múltiplas naturezas. A montante, trata-se de promover a literacia e prevenir a violência, desenhando campanhas e intervenções que contribuam para a mudança de

comportamentos da sociedade e para a progressiva intolerância social face ao fenómeno (Despacho n. 9494/2019, 2019, p. 142).

A violência de género e a violência doméstica precisam de ser consideradas como um problema de saúde complexo, que muitas vezes se torna difícil de identificar devido ao silêncio das próprias vítimas e pela ausência de sinais evidentes, devendo priorizar a prevenção da continuidade da violência ou preferencialmente a sua ocorrência, considerando ainda os serviços de saúde, como um local privilegiado para a intervenção, dada a relação de confiança estabelecida com os utentes, principalmente em CSP. Prazeres e a sua equipa da DGS consideraram primordial a introdução de questões de rotina que estejam orientadas para a deteção precoce e a prevenção das futuras situações de maus-tratos, a todos os utentes, tendo criado um Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal na **Figura 5**.

Esta abordagem deve ser efetivada de modo cuidadoso, etapa a etapa, até que o profissional se assegure que tem em seu poder toda a informação essencial para compreender e fortalecer a sua intervenção (Prazeres et al., 2014).

Figura 5 - Fluxograma Geral de Atuação em Violência Interpessoal



Fonte: Prazeres et al. (2014, p. 145).

Perante esta temática da violência e sua complexa atuação, as EPVA sendo equipas multidisciplinares, atuam como formadoras e consultoras para os profissionais de saúde e outros, articulando e organizando a cooperação entre serviços de saúde e organizações.

4.1. Equipa de prevenção da violência no adulto

As Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) surgem em Portugal pela crescente preocupação com a violência entre os adultos, designadamente em contexto

familiar, laboral, social, entre outros. Foram criadas partindo da experiência, já adquirida, com as equipas pré-existentes para a proteção das crianças, os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR). Foram assim legalmente concebidas em 2013, com a preocupação de enquadrar a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (AGVCV), através do Despacho n. 6378/2013, de 16 de maio.

As EPVA caracterizam-se por serem equipas multidisciplinares que desenvolvem motivações, partilham experiências e conhecimentos, sobre maus-tratos e violência na idade adulta. Formando e fortalecendo os profissionais das instituições nas suas intervenções perante este fenómeno, estabelecem uma organização na articulação e colaboração entre os serviços de saúde, serviços sociais entre outras instituições.

Foram então definidas por Prazeres et al. (2014), as seguintes atribuições para as EPVA:

- Sensibilizar os profissionais clínicos e administrativos, dos diversos serviços, para a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida e a igualdade de género de modo a contribuir para a informação prestada à população;
- Divulgar informação de legislativa, normativo e técnica sobre o tema;
- Incrementar a formação e preparação dos profissionais, em relação ao fenómeno da violência;
- Organizar a informação detalhada sobre as situações de violência atendidas nos respetivos ACES e hospitais;
- Fornecer suporte de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que concerne à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Gerir, de forma excecional, as situações clínicas que, pelas particularidades que apresentem, possam ser acompanhadas a nível dos cuidados de saúde primários hospitalares, e que, pelas suas características de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção de outros profissionais, ou equipas da instituição;
- Promover e estimular o desenvolvimento de mecanismos de colaboração intrainstitucional no domínio da violência interpessoal, tanto ao nível das equipas profissionais dos ACES, como a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos hospitalares;
- Instituir a cooperação com outros projetos e recursos comunitários que contribuam para a prevenção e acompanhamento dos casos;
- Mobilizar a rede de recursos dos ACES e dinamizar a rede social, de modo a garantir o acompanhamento dos casos;
- Assegurar a articulação, com as restantes equipas ao nível dos cuidados primários e a nível hospitalar, que intervenham nesse domínio (Prazeres et al., 2014).

O despacho n. 9494/2019 veio reforçar a importância da reorganização dos serviços de saúde de forma a melhorar procedimentos, registos, formação e capacitação dos profissionais, para assim identificar precocemente situações de risco/perigo de violência, e ainda reforçar precocemente os mecanismos de sinalização e atendimento a vítimas de violência contra as mulheres e violência doméstica.

O novo PNPVCV (Despacho n. 9494/2019, 2019) pretende perante a crescente preocupação com a violência entre adultos, designadamente em contexto familiar, laboral, social, entre outros, sistematizar e reorganizar formas de atuação da área da saúde, em complemento com a social e a jurídico-legislativa.

No ACES, a EPVA formada no ano de 2013, foi atualizada em abril de 2019, com a nomeação de novos elementos. Foi aceite o desafio de coordenação da equipa multiprofissional local para a prevenção da violência no adulto, por delegação da Direção Executiva do ACES onde exerço funções, equipa que se tem mantido até aos dias de hoje e da qual nasceu a equipa dinamizadora do atual projeto.

A equipa ficou então assim constituída por uma Autoridade de Saúde, uma Técnica Superior do Serviço de Psicologia, Técnica Superior do Serviço Social, uma Médica de Medicina Geral e Familiar, uma Médica do Internato da Especialidade de Saúde Pública, para além de uma Enfermeira Especialista. À medida que nos organizávamos como equipa, sentimos necessidade de delinear e atualizar vários documentos estruturadores: O Regulamento Interno e vários outros documentos, onde constava para além das competências da Equipa e suas atividades e funções, Fluxogramas de atuação Interna e Externa e a renovada folha de Referenciação/Sinalização das situações. Foi ainda redigido um conjunto de FAQ's, para informar as equipas de saúde do ACES sobre os procedimentos atualizados, que foram posteriormente publicados em circular informativa Interna.

Para atingir a finalidade preconizada e de acordo com o novo PNPVCV, a EPVA do ACES, através das suas competências, pretende dar respostas específicas no âmbito da violência interpessoal, tendo para tal delineado alguns objetivos:

- Contribuir para a sensibilização dos profissionais de saúde para a prevenção da violência ao longo do ciclo de vida e para a igualdade de género, de forma a melhorar a informação prestada à população sobre a temática;
- Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico;
- Incrementar a formação e preparação das/dos profissionais do ACES;
- Prestar apoio de consultadoria a profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;

- Promover e estabelecer mecanismos de cooperação intra e interinstitucional no domínio da violência interpessoal, nomeadamente com o Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a Rede Social (RIIVA) e a Nível Hospitalar;
- Coligir e organizar a informação existente sobre as situações de violência Notificadas.

A EPVA do ACES realizou ainda organogramas de articulação de modo a clarificar os circuitos interno, entre as várias UF do ACES, e externo onde podemos perceber a Interligação da EPVA e do NACJR, com os respetivos parceiros (Rede integrada de Intervenção na Violência) do município abrangido pelo ACES, que podem ser consultados em Anexo II.

Foi então surgindo na equipa a necessidade de desenvolver, de forma mais eficiente e eficaz, o modelo de Intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, na ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida, assim como a necessidade de reafirmar a importância de uma adequada articulação entre todos os profissionais de saúde. Sentiu também a EPVA pouco reconhecimento, por parte da equipa de profissionais clínicos, de que a VD é um problema real e efetivo de saúde pública, o que dificulta a assunção como problema integrante do espectro da atuação clínica. Para uma eficaz atuação a este nível, é necessário desenvolver competências profissionais e individuais, mas também é imperioso aperfeiçoar o desenvolvimento de uma cultura organizacional (Lopes et al., 2012), como resposta interna e externa, em parceria e em rede, às vítimas de VD e respetivos agressores.

A sensibilização dos profissionais e utentes, a formação contínua e a estruturação e uniformização dos cuidados a prestar é essencial para a organização e uniformização dos mesmos. (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2013).

Pensando no enquadramento conceitual concebido pela OE e refletindo sobre os enunciados descritivos como organizadores da melhoria da qualidade dos cuidados a prestar, neste contexto fenomenológico da VD, que se evidenciaram a Promoção da Saúde (rastreado e prevenindo a VD), a Prevenção de Complicações (Físicas, psicológicas, sociais entre outras) e a Readaptação Funcional a uma nova vida (tanto através do acompanhamento da vítima, do agressor, como da família). Também na Organização dos Cuidados, com responsabilidade do enfermeiro gestor na dinamização e gestão de cuidados, para operacionalização e incentivo à progressiva autonomização e cuidado, tendo sempre presente outra importante vertente; a Satisfação dos Utentes e o seu Bem-estar e Autocuidado.

A promoção da saúde e a prevenção de complicações, revelam-se primordiais através da realização de rastreios, triagem e avaliação do risco; através da sinalização e notificação para evitar a instalação da VD, assim como da identificação dos recursos existentes, para a prevenção, tanto ao nível da comunidade, como da família, e da própria vítima e agressor.

O fenómeno de VD é complexo e deve ser compreendido e trabalhado em contexto de CSP, em interligação com o contexto hospitalar, envolvendo ainda os parceiros na comunidade, pelo tipo de tomada de decisão, relação entre os membros das equipas e pelos processos organizacionais. A EPVA e a equipa de projeto, pretendem assim atingir uma intervenção integrada e coordenada entre os vários interlocutores desta problemática, visando sempre a prevenção da mesma, num município da região metropolitana de Lisboa.

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

1. Metodologia 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, Oliveira, Trepim, Paixão & Pinto, 2017). Nesta perspetiva desde 2013, que a Ordem dos enfermeiros tem adotado a metodologia sustentada no Ciclo PDCA, também conhecido por Ciclo de Shewhart, da Qualidade, ou Ciclo de Deming, para o desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade (Pacheco et al., 2009). Desenvolvida por Shewhart nos anos trinta e validada depois da década de cinquenta por Edwards Deming, foi inicialmente utilizada nas empresas japonesas de forma a desenvolver o aumento da qualidade e controle dos processos. Esta metodologia tem como principal aplicação o diagnóstico, a análise e o prognóstico dos problemas organizacionais, vislumbrando ações sistematizadas para a solução de problemas nas organizações, como sistemas complexos que são (Pacheco et al., 2009).

Este ciclo é operacionalizado através das suas quatro fases: Plan (Planear), Do (Executar), Check (Verificar), Act (Agir), que ao considerar práticas sucessivas e constantes, segue progredindo no sentido da melhoria sistemática dos procedimentos, de forma a alcançar a excelência do desempenho na organização (Rodrigues et al., 2017). É considerado, como um método de planeamento organizado e constante, que visa o aperfeiçoamento contínuo, com uma abordagem para analisar e aperfeiçoar as atividades fundamentais de uma organização, simplificando procedimentos e naturalmente melhorando a sua adaptação, eficácia e eficiência (Rodrigues et al., 2017).

Também Silva, Oliveira, Filho & Nascimento-e-Silva (2019) consideram a relevância da utilização do Ciclo PDCA como uma metodologia para a promoção da melhoria contínua da qualidade, nos mais variados procedimentos. Consideram-no uma ferramenta, em que a principal abordagem consiste em colaborar na concretização dos objetivos das organizações, orientando o gestor e seus pares na promoção e implementação de planos e projetos, que se adaptem à realidade das mesmas (Silva et al., 2019). Está intimamente ligado ao controle da qualidade dos processos, podendo ser utilizado de forma continuada para o planeamento e melhoria da qualidade na organização (Pacheco et al., 2009). Procede com a identificação e resolução de incorreções e inconformidades, através da permanente apreciação e aperfeiçoamento dos profissionais, recursos, sistemas e procedimentos. Possui o potencial de propor melhores resultados e fortalecer a cultura de construção e reconstrução de saberes, ações e métodos numa sociedade em constante mudança, demonstrando ser uma ferramenta de auxílio na procura do melhor desempenho organizacional (Silva et al., 2019).

Foi assim escolhida para a realização deste Trabalho de Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, enquanto projeto de intervenção, a utilização da metodologia de implementação do Ciclo de Deming ou Ciclo PDCA, conforme explicado por Pacheco et al (2009) e descrito pela Ordem dos Enfermeiros (2013), para o diagnóstico e estudo dos problemas e a regulação dos processos. A procura da melhoria contínua da qualidade conduz a ações sistemáticas de obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de enfermagem.

Este trabalho baseou-se então nas orientações do Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade, elaborado pela OE, que define e clarifica a importância dos Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013), no contexto da prática de enfermagem; sendo que este projeto se enquadra, 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 gestor de caso.

A Gestora do Projeto propôs a implementação, na própria equipa e após concordância de todos os profissionais da EPVA, 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 EPVA, para consultoria, acompanhamento e interligação com os profissionais das respetivas UF 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 EPVA 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 VD, a um nível mais micro, ou seja, ao nível das próprias UF.

Para além da resposta aos utentes em situação de VD, também é necessário promover a sistematização e uniformização do rastreio do risco, para prevenir situações de VD, 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 EPVA considerou ser uma mais-valia a implementação da metodologia de gestor de caso para a VD, igualmente nas UF. Este clínico, pelas suas competências e atribuições profissionais, pode contribuir, para além do bem-estar e satisfação dos próprios utentes que

têm que 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 VD.

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 VD, 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.

Para melhor compreender e realizar o Diagnóstico de Situação e a necessidade de Intervenção nesta área realizámos, através de uma das reuniões da EPVA, uma análise SWOT através da técnica de Brainstorming. A Matriz de análise SWOT resultante da reunião da equipa pode ser consultada no Quadro 1.

Quadro 1- Registo de Matriz da Análise SWOT

	S Strenght (forças)	W Weaknesses (fraquezas)
Interna (Organização)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação e resolução efectiva dos problemas, em equipa EPVA. • Cultura organizacional de USF (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho). • EPVA equipa multidisciplinar, reestruturada, altamente motivada e cúmplice, com entendimento sustentado em relação aos procedimentos de intervenção, para resposta às situações reportadas. • Crescimento / empoderamento da EPVA relacionado com procedimentos de intervenção de qualidade, na resposta aos utentes. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demora na aprovação de documentos normativos e operacionais por parte do CCS e DE. • Organização interna demasiado burocratizada. • Demora na autorização para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade • Cultura organizacional de UCSP (Desigualdade organizacional entre USF e UCSP, ao nível da carga de trabalho e ambiente de trabalho). • Falta de recursos numa área de especialidade para colaboração com a equipa- Elo de Ligação na área da Psiquiatria.
	O Opportunities (oportunidades)	T Threats (ameaças)
Externa (Ambiente)	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade governamental (de políticas de saúde) para melhoria de respostas em saúde á temática da violência. • 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. • Articulação com os parceiros da Rede de Intervenção: Ministério Público, PSP, CMA e outros. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de respostas efectivas para a resolução dos problemas por parte dos parceiros. • Timings de resposta muito desadequados às reais necessidades, por parte dos parceiros. • Procedimentos difíceis de colocar em prática por falta de recursos.

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. 9494/2019, 2019).

1.1. 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 a descrição do problema deve ser clara, precisa, concisa e mensurável. Deve ser identificado o desvio em relação a uma norma ou padrão desejados. Na segunda dimensão para perceber mais aprofundadamente o problema, deve-se incluir uma pequena descrição da sua evolução e analisar a situação, colocando as questões onde, quando, o quê, como, entre outras. Na terceira definem-se os objetivos, as estratégias, que devem ser quantificáveis e as ações os para atingir. Na quarta dimensão e para conhecer as causas, para além de utilizar a revisão bibliográfica referida anteriormente, devem-se consultar localmente dados e recolher ideias de todos os membros da equipa (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

É nesta fase que é definido e analisado o problema, fixadas as estratégias de forma a planear o desenvolvimento de um plano de ação, que nos mantenha num processo de melhoria contínua e constante atualização dos padrões (Pacheco et al., 2009). O problema a ser abordado deve ser bem descrito e delimitado, de forma clara, o que implica, como e onde se manifesta, com que impactos para o utente, que influência na qualidade, como afeta a continuidade do processo e quais os métodos para atingir os objetivos (Pacheco et al., 2009).

Finalmente e após conhecermos as causas do problema, podemos planear a intervenção baseando-nos na Check List para avaliação da qualidade de Heather Palmer, conforme indicação da OE (2013).

A organização dos cuidados a prestar à vítima, após instalada a VD, 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 VD, 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 VD; 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 VD, 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.

Tal como já referido em Enquadramento Teórico, a abordagem deste fenómeno da VD 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 também a evidência científica demonstrou a implementação da metodologia do Enfermeiro (ou Médico) gestor de caso, em vários projetos de melhoria de cuidados, para problemas de saúde, como sendo eficaz para a satisfação e segurança do utente, desenvolvendo a satisfação dos profissionais e como resultado obtendo ganhos em eficiência para as organizações (Carmona et al., 2021).

Face a esta problemática, pretendeu-se, a nível local, uma intervenção eficaz, ao colocar em prática, o modelo de Intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, tendo em atenção a ação de saúde sobre género, violência e ciclo de vida, tal como preconizado no novo PNPVCV. Tencionou-se reafirmar, a nossa ação, sensibilizando para a importância de um adequado rastreio de risco, intervenção, articulação e notificação, entre os profissionais de saúde; identificando necessidades formativas, dificuldades individuais e socioculturais dos mesmos, intervindo também a esse nível. Neste processo de melhoria, dizer também que a EPVA agiu e continua a agir, como elemento facilitador, em conjunto com a equipa de projeto, para uma adequada interligação de atuação, com os vários parceiros na comunidade.

Muitas pessoas vítimas de VD, depois de concretizada a violência, solicitam silêncio sobre a situação, pois sentem que não existe no sistema uma resposta que garanta a sua segurança. Perante estes fatos é necessário desenvolver estratégias multissetoriais e em rede, com respostas rápidas e eficientes, de múltiplas naturezas, para a prevenção do fenómeno da violência, na resposta às vítimas e aos agressores.

Para melhorar esta problemática em contexto de comunidade, foi delineado o projeto de intervenção para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da implementação da metodologia de Enfermeiro Gestor de Caso em Situações de Violência Doméstica, em Contexto de Cuidados de Saúde Primários, num ACES da região de Lisboa.

Face à complexidade desta problemática e ao contexto atual devido à presença de uma pandemia pela COVID19, a equipa gestora do projeto decidiu então desenvolvê-lo, em três fases: numa primeira fase, apenas numa USF Piloto do ACES, devido a circunstâncias várias, entre elas o incremento da carga de trabalho a que têm sido submetidos todos os profissionais de saúde do ACES, perante a atual situação pandémica. A equipa dinamizadora do projeto

foi constituída pela coordenadora do mesmo, pelo enfermeiro e/ou médico gestor de caso para a VD, designado na USF Piloto e pelos profissionais por ele selecionados.

A seleção desta 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 PAAI (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, facilitador para a implementação do projeto.

Numa 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, que está prevista ocorrer de 2022 a 2023, de acordo com o programado e definido em Check List de avaliação da qualidade de Heather Palmer (Ordem dos Enfermeiros, 2013) em Apêndice II.

Por último e numa fase posterior (terceira fase) o projeto será implementado nas restantes UF 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, em CSP e no ACES da região de Lisboa, onde exercemos funções, temos 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 da continuidade do processo de cuidados, para a cura física, ou quando, já tardiamente, recebemos reporte dos serviços de assistência social hospitalares, de entradas 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 VD e a respetiva necessidade de intervenção, foi sentida por nós enquanto equipa interprofissional da EPVA do ACES, como uma área prioritária, uma vez que na nossa área de abrangência ocorrem muitas situações de VD 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 forma repetida, 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 VD, 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 UF, 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 UF do ACES.

Perante esta complexa realidade da VD a equipa de projeto percecionou, em alguns profissionais de saúde, dificuldade em lidar com este fenómeno, demonstrando objeções em interpelar, dificuldade em avaliar, acompanhar e cuidar dos seus utentes e famílias, perante este problema de saúde, pois constatou-se que no âmbito da prestação de cuidados (cuidados curativos, encaminhamento para profissionais que lhes proporcionem cuidados psicossociais, sinalização para a EPVA) nem sempre registavam de forma sistemática nas ferramentas que têm ao seu dispor (SClínico e RCVA). 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. Perante esta realidade torna-se ainda mais premente a resposta eficiente às vítimas de violência interpessoal, intervindo de forma mais precoce e evitando a instalação de uma situação de maior gravidade.

Segundo dados do Relatório Anual de Segurança Interna (RASI), em relação ao ano de 2019, a VD assumiu o valor mais elevado desde 2010, estando a tipologia de VD contra o cônjuge ou análogo, em destaque com 84% em relação aos outros tipos de VD. 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 (Ministério da Administração Interna, 2019), em relação ao contexto nacional. Segundo o mesmo relatório e

em relação ao ano de 2020, a VD 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 (Ministério da Administração Interna, 2020).

No segundo semestre de 2019, a EPVA do ACES, contabilizou 74 situações de VD, notificadas pelos profissionais de saúde, e parceiros da comunidade. Contudo, segundo os dados da APAV e relacionando com dados municipais, em 2019 e na área de abrangência do município, o número de situações de VD apoiadas foi de **192** (APAV, 2020) e **511** os crimes registados pelas polícias em relação ao crime de VD (PORDATA, 2019).

Já no ano de 2020, ano de pandemia e confinamento, existiu uma aparente diminuição dos casos sinalizados à EPVA da nossa área de intervenção, que contabilizou apenas 53 situações de VD, 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 VD apresentaram uma aparente diminuição para **463** (PORDATA, 2019) parecendo assim existir factualmente uma subnotificação dos casos, tal como percecionado pela EPVA.

Na prática clínica, tivemos a perceção 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 VD, 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 VD 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 VD e as características sociodemográficas das comunidades e da população nele inscrita, foram estudados os dados retirados do relatório, realizado anualmente por esta EPVA, a *Ficha de Avaliação da Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida*, referente ao ano de 2020 (do qual se destaca o Quadro - Número de casos e Natureza da Violência Doméstica por escalões etários - que pode ser consultado em Anexo III)

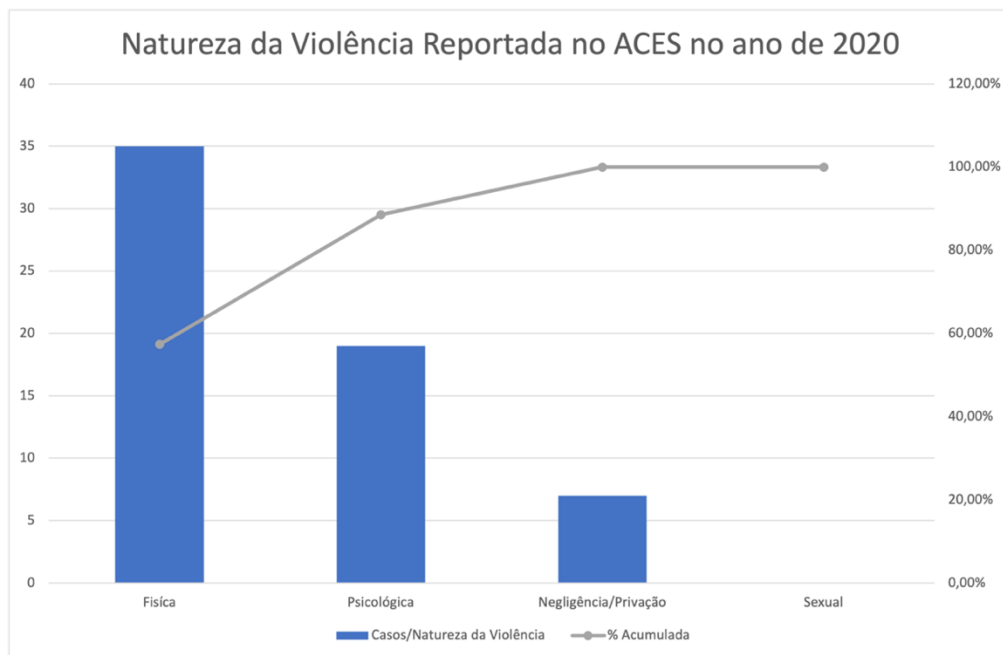
Ao relacionar a Natureza da Violência com a faixa etária e o sexo, pudemos aperceber-nos que a violência afetou na sua grande maioria, mulheres. A forma mais reportada de VD foi a física, principalmente na faixa etária dos 25 aos 44 anos. Pudemos verificar também que na faixa etária dos 44 aos 64 anos 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 (Gráfico 1)

Gráfico 1 - Natureza da Violência e percentagem acumulada



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 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 VD, 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.

Objetivos do projeto

Neste contexto de intervenção ao nível da prática clínica, estabelecemos como objetivo geral - Implementar a metodologia de gestor de caso, numa USF Piloto num ACES, na região de Lisboa.

Estabelecemos ainda os objetivos específicos:

- Aplicar a metodologia de gestor de caso numa USF Piloto;
- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF piloto para a identificação da VD como um problema de saúde;
- Capacitar os enfermeiros e os médicos da USF piloto como gestores de caso, na prevenção da VD;
- Promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto;
- Formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da concretização do rastreio sistematizado da VD;
- Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro e médico gestor de caso, na USF Piloto.

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 EPVA, na USF piloto, 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 *Forms*[®] aos profissionais da USF Piloto, 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 Norma de procedimentos interna (Conselho de Administração do CHULC, 2018) de acordo com a realidade da USF e recursos existentes, para a melhoria da resposta às situações de VD 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 VD. Neste ACES também não se encontravam implementados sistemas de rastreio ou planos de avaliação de risco para a prevenção da VD, durante as consultas Médicas e de Enfermagem, nas várias valências de saúde familiar.

A inexistência de uniformização e sistematização nos registos clínicos em SClinico, para a continuidade dos cuidados, para além do registo em RSE (Registo de Saúde Eletrónico); tal como a ausência de abordagem de uma avaliação de risco para a VD, por parte dos profissionais clínicos, levou-nos a tomar conhecimento da situação, quando esta já se encontrava instalada. Eventualmente, ao tomarmos conhecimento da situação de violência doméstica ou realizarmos uma avaliação de risco, é essencial que esta prática esteja documentada através do registo dessa mesma avaliação e das medidas adotadas (em conjunto com o utente), para a evicção e não perpetuação da mesma.

Existe, mas ainda recentemente, uma forma de registo eficiente e transversal aos vários níveis de cuidados de saúde para a VD em RSE (apesar de já existir há mais de 3 anos, para uma situação específica de violência de género – a MGF/C) que foi desenvolvida pela Equipa de Coordenação do PNPVCV - o novo Registo Clínico de Violência em Adultos (RCVA); com a qual os profissionais ainda não se encontram familiarizados, alguns mesmo ignorando a sua existência e por isso ainda pouco desenvolvida em contexto de prática clínica, na comunidade.

Com esta ferramenta informática pretende-se documentar todas as intervenções no âmbito das situações de VD e evidenciar a melhoria da documentação em enfermagem efetuada através dos registos nesta plataforma, como instrumento facilitador para a comunicação interprofissional e o conhecimento objetivo da situação, por parte dos profissionais, aos vários

níveis de intervenção. 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 as necessidades das vítimas, antecipando a atuação do agressor e prevenindo a revitimização.

Pretende-se ainda que possa ser 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 EPVA 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 é 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 elemento da equipa de projeto que exerce funções de MGF 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 VD.

Naturalmente e após esta reflexão, foram identificadas variadas causas para a dificuldade de atuação dos profissionais de saúde na prevenção da VD, 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:

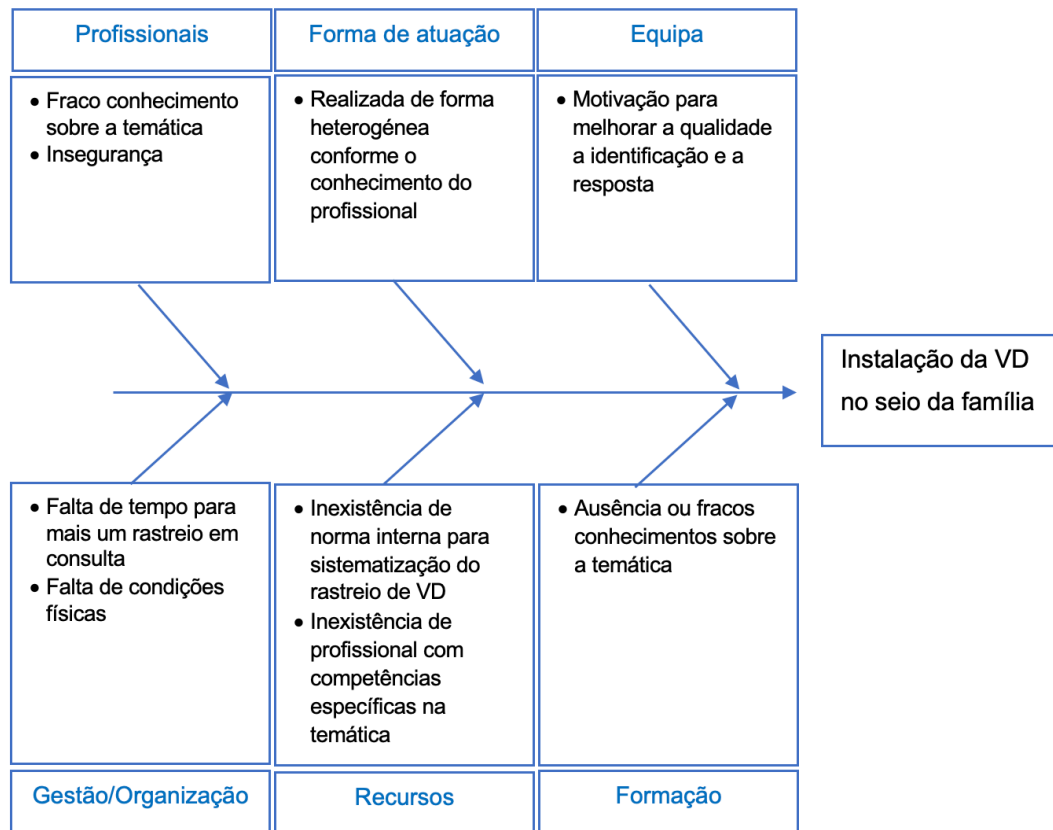
- Dificuldade dos profissionais em lidar com as situações de VD (vítima ou agressor) - no âmbito do crime público Versus dever de sigilo profissional;
- Confronto de Valores profissionais e socioculturais;

- Falta de profissionais formados, ao nível da UF, com conhecimento nesta temática para função de consultoria, formação entre pares e interligação direta com EPVA, 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*, de difícil consulta, demasiado gerais e com necessidade de adequação à realidade da UF.
- Dificuldade, resistência e falta de sensibilização dos profissionais para a importância de realizar os registos em SClínico e RCVA.

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. Também Fiorin, Tomiazzi, Oliveira, Oliveira, Tonini & Nicola (2016), consideraram a importância desta ferramenta para identificar as possíveis causas do problema, logo, facilitar a apreciação crítica, a visualização e a interpretação das mesmas. Deste modo, o Diagrama de Espinha de Peixe tem como finalidade indicar a relação entre o efeito e as causas que contribuem para a sua ocorrência, de forma a contribuir para o processo de melhoria e aperfeiçoamento contínuo da qualidade (Barducci et al., 2018; Fiorin et al., 2016).

Foi então realizado pela equipa de projeto, através da técnica de Brainstorming, o Diagrama 2, para possibilitar a identificação, melhor compreensão e organização das causas que levaram à existência de uma ineficaz prevenção da VD, no ACES.

Diagrama 2 - Diagrama de Espinha de Peixe



Perante todas estas constatações e para melhor sistematizar o desenvolvimento do projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) descrito pela OE, na dimensão “perceber as causas”, a OE preconiza o desenvolvimento de uma Check List para Avaliação da Qualidade, sustentada por Heather Palmer (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2013), que se encontra em Apêndice II.

Heather Palmer (Ordem dos Enfermeiros, 2001, 2013) 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 VD. A unidade de estudo desenvolvida centrou-se ao nível de todos os profissionais clínicos da USF piloto, ao implementarem o registo da consulta realizada em relação ao problema de saúde VD e de rastreio de risco de VD, 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 Piloto; através da sensibilização, formação e capacitação dos profissionais clínicos para a identificação e prevenção da VD, como problema de saúde; e da promoção da utilização das ferramentas de registo (RCVA 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 piloto, 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 infirmação disponíveis (SClínico e RSE-RCVA), um questionário *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 MCQ; 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 % de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano, % de utentes com registo de situação de VD em RSE – RCVA e com o aumento do número de situações de VD referenciadas/notificadas à EPVA, 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 VD referenciadas/notificadas à EPVA, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação e/ou registo de situação de VD em RSE – RCVA.

No caso dos indicadores epidemiológicos, a Prevalência - Número de situações de médio e alto risco de VD avaliadas, e a Incidência - Número de novos casos de utentes vítimas de VD, em relação à população abrangida pela US.

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 VD. 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 UF, 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 VD 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.

Todas estas dimensões encontram-se mais pormenorizadas em Apêndice II.

1.2. 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 (Tabela de programação de tarefas/atividades em Apêndice XIX):

- Realização de reunião de apresentação do projeto aos profissionais da USF piloto em colaboração com a EPVA, via ferramenta informática *Teams*[®] (ata em Apêndice XVIII),
- 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 VD, via ferramenta informática *Teams*[®] (Apêndice V),
- Elaboração de Protocolo de Implementação de projeto com equipa da USF piloto (Apêndice XVII),
- Realização de reunião de formação sobre “Rastreo de violência Interpessoal em CSP” (via ferramenta informática *Teams*[®] e em simultâneo presencialmente na UF, com o gestor de caso) em Apêndice X (ata em Apêndice XVIII),
- Aplicação de questionário *Forms*[®] (Apêndice VI) a todos os profissionais clínicos da UF através de envio de link via email,
- Realização de reuniões (RCG) com o gestor de caso e a sua Equipa da UF após as formações, para organização metodologia de Gestor de Caso, respetiva interligação com enfermeiro e médico de família e sobre dificuldades sentidas pelos profissionais na implementação, (notas de reunião em Apêndice XVIII),
- Reuniões de supervisão e acompanhamento entre Gestor de Caso e gestor de projeto,

- Realização da Norma de procedimento interna (Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2018) para o circuito intervenção e avaliação de risco de violência doméstica (Apêndice XV),
- Realização de Auditorias Internas e Auditorias Externas (CHULC - Gabinete de Auditorias, 2017) com execução dos respetivos Relatórios (Apêndices XI, XII, XIII e XIV),
- 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*.

1.3. Análise 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 *Forms*[®], 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 *Forms*[®] (em Apêndice VI) e dos relatórios das auditorias (interna e externa) realizadas (Apêndice XIV).

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 EPVA 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 MGF em SER) 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 VD em RCVA) = 0% foram consideradas várias razões: Desde o sistema informático se encontrar frequentemente offline, impossibilitando este registo; passando pelo considerar a ferramenta informática (RCVA) 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 (RCVA) com referência a necessidade formativa.

Também para o critério 9 (Registo em SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD) = 0%, foi considerado ainda existir desconhecimento da mesma, por ser recente e ainda não se encontrar sistematizada a sua utilização.

Para esta análise também foram consultadas as notas das reuniões e atas relacionadas com a implementação do projeto, para melhor compreensão dos mesmos.

Através destas ferramentas pretendeu-se compreender a efetividade das formações realizadas aos profissionais da USF piloto, sobre Violência Doméstica, sobre a implementação da metodologia de Gestor de caso, sobre Rastreamento da Violência Interpessoal, recorrendo também ao questionário, para que, de forma anónima, os profissionais pudessem expressar as dificuldades sentidas e as suas necessidades de formação associadas à problemática.

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

Para a avaliação do projeto foram ainda considerados os indicadores possíveis para avaliação do projeto de MCQ Em Apêndice II e Apêndice XVII):

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 VD (Norma de procedimento com Fluxograma), com descrição das competências do gestor de caso. Também foram realizados os relatórios das primeiras auditorias interna e externa, e instituído um plano de formação para os profissionais da USF, com aplicação final de um questionário *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 % de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano, tal como a % de utentes com registo de situação de VD em RSE – RCVA. Foi ainda percecionado um aumento do número de situações de VD referenciadas/notificadas à EPVA, 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 VD referenciadas/notificadas à EPVA, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação, apesar de ainda existir um deficiente registo de situação de VD em RSE – RCVA.

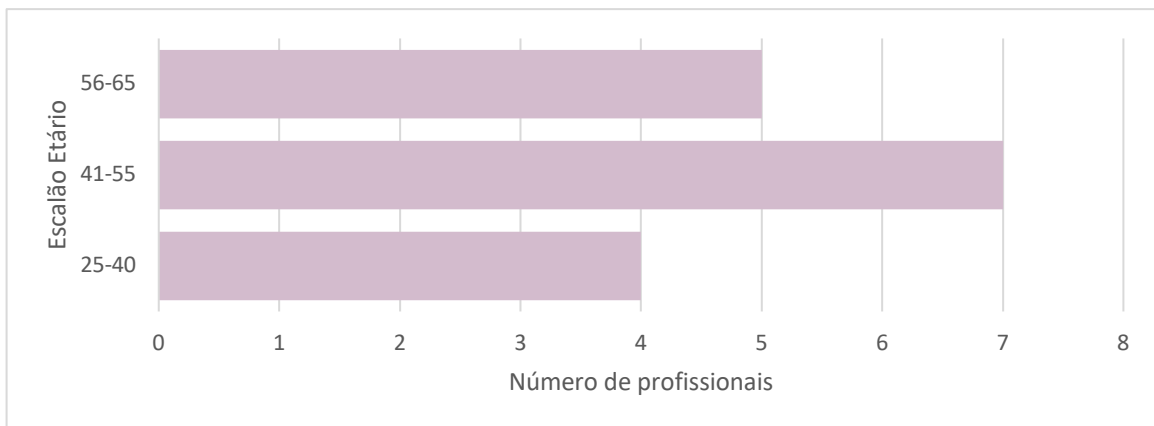
Uma das dificuldades encontrada na realização das formações foi a complexidade na comunicação e interação com os profissionais que se encontravam online, via ferramenta informática *Teams*[®], tendo sido por esse motivo usada uma metodologia mais expositiva; enquanto presencialmente as formações e as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

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 Piloto 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 *Forms®*, ou seja, responderam apenas os profissionais que estiveram presentes em ambas as formações. Podemos observar os seus os escalões etários no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Escalões etários dos profissionais participantes nas formações e que responderam ao questionário *Forms®*



A grande maioria dos profissionais - 93% considerou as reuniões de formação como tendo sido muito úteis, sendo que dos 16 apenas 1 considerou que foram pouco úteis (tendo acrescentado em observações que teve dificuldade em perceber as formações pois o computador onde se encontrava, não estava nas melhores condições técnicas).

No Gráfico 3, e quanto ao considerar o rastreio da violência interpessoal como parte integrante da consulta do adulto, todos os profissionais clínicos consideram que sim. Apenas 2 deles (13%) apresentam algumas hesitações em considerar a VD como rastreável, ou como um problema de saúde, que deva ser integrado na consulta do adulto. Para estes profissionais a duração pré-definida da consulta do adulto é demasiado limitada para acrescentar mais um rastreio de saúde.

Este ponto, considerado de grande pertinência, foi abordado pelo gestor de caso, em reunião presencial (conforme notas de reunião em Apêndice XVIII) após o término da formação híbrida (presencial e à distancia através do Teams), mas foi considerado como um ponto a abordar e esclarecer melhor em futuras reuniões/ formações aos profissionais.

Gráfico 3 - Rastreio da Violência Interpessoal como parte integrante da Consulta do Adulto?



A maioria dos profissionais (88%) considerou o rastreio da violência interpessoal como elemento importante para os seus utentes, no sentido de prevenir a VD. Persistiram dúvidas em apenas 2 dos profissionais da USF sobre a sua própria relevância e influência, como profissional de saúde, para prevenção da violência, algo que consideram ser um problema sociocultural.

Já quanto à realização do rastreio da Violência Interpessoal de forma sistematizada, na primeira consulta do utente e sempre que o profissional de saúde considere pertinente; pelo menos uma vez por ano a todos os utentes, contrariamente aos resultados obtidos nas questões anteriores, apenas 2 (13%) dos profissionais o realizaram. Os restantes profissionais referiram sentir dificuldades em abordar a temática com todos os utentes, ou também com os utentes da sua própria lista de utentes de família.

Em relação à realização do rastreio da VD a todos os utentes, apenas 2 profissionais, um médico e um enfermeiro, afirmaram que realizavam essa actividade em consulta, pelo menos uma vez por ano (na primeira consulta do ano), referindo-se à fase inicial de aplicação do projeto, anterior à primeira formação.

Como podemos constatar no Gráfico 4, dos 16 profissionais da USF que responderam ao questionário, 15 (94%) tiveram consciência das suas dificuldades, dúvidas e inquietações em abordar a temática, inclusivamente com os seus utentes.

Gráfico 4 - Abordagem da temática da violência ao Utente

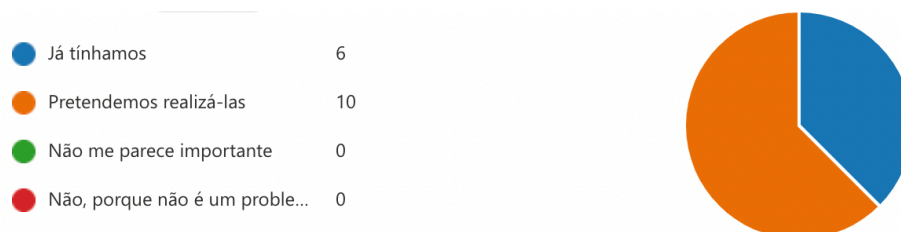


Perante estes resultados parece-nos importante desenvolver outras metodologias de abordagem de formação em equipa tais como, *role playing* e autoscopias, para o período após o *términus* da pandemia, pela importância da dinâmica de grupo na aprendizagem presencial.

A maioria dos profissionais clínicos da USF 94% (15), considera a implementação da metodologia de gestor de caso para a VD, uma forma de melhorar a resposta aos utentes. Consideram, personalizando ainda no gestor de caso eleito na própria equipa, como sendo possuidor de competências de extrema importância para colaborar com eles, apoiando nas suas dificuldades e dúvidas, abordagem e acompanhamento, de forma a poderem dar uma resposta mais célere e melhor aos cuidados que os seus utentes necessitam, em situação de VD.

Em relação à questão sobre a existência de normas e procedimentos para a abordagem da temática, todos consideram importante a sua existência. As opiniões dividem-se entre “Pretendemos realizá-las” – 10 profissionais -63% e “já tínhamos” – 6 profissionais (38%).

Gráfico 5 - Existência na USF de Normas e Procedimentos de atuação para a prevenção da Violência Interpessoal, tal como para os outros problemas de saúde (Ex: diabetes, rastreio Oncológico, entre outros)



Perante a elevada percentagem de profissionais que aparentemente desconhecem ainda a Norma de procedimento interna elaborada, pareceu-nos necessário efetuar uma maior divulgação da mesma usando por exemplo o email, ou apresentando-a numa das reuniões periódicas de formação interna da USF, ou 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 então enviada por email para todos os profissionais da USF, circulando em simultâneo um exemplar em papel, com a folha de registo da leitura, para que todos rubriquem, concebida para o efeito (Apêndice XX). Posteriormente será discutida presencialmente por todos em RCG.

A facilidade no acesso à informação e a criação de uma relação de coresponsabilização pelo processo formativo através da promoção da sua discussão, considerando as características da comunidade e a realidade da UF, clarificar e uniformizar o rastreio de violência interpessoal e respetivas formas de atuação perante a VD, aproveitando para realizar uma revisão e atualização do conhecimento leva a uma melhoria das práticas implementadas.

Também existe unanimidade entre os profissionais clínicos da USF sobre a necessidade ainda presente de formação específica, em relação à temática da VD e da Violência Interpessoal. Dos 16 profissionais, 15 solicitam mais formação enquanto 1 referiu a sua

necessidade em virtude de não ter tido oportunidade de assistir à totalidade da formação sobre “Rastreamento da Violência Interpessoal”.

Ainda como observações ou sugestões de trabalho/formação para investir, a partir da última reunião de formação, quatro dos profissionais da USF deixaram a sua opinião:

- Três são unânimes com a preocupação na abordagem à vítima de VD e estratégias facilitadoras para apoiar as mesmas; formas de atuação; apresentam dúvidas em relação às respostas sociais existentes e consideram existir ainda alguma falta de formação sobre a legislação respeitante à VD.
- um ainda explica o seu sentimento de saber mais sobre a temática para não protelar a sua tomada de decisões em relação às situações que se lhe apresentam, não falhar e finalmente *rotinar* os procedimentos necessários.

Depois de elaborada a Check List para a auditoria interna (AI) e externa (AE) (Apêndice XI) pela Coordenadora do projeto, em colaboração com o Gestor de caso, com base em procedimento existente em outra organização de saúde (CHULC, 2017); estas foram posteriormente aplicadas, em 2021, através da realização das primeiras auditorias; a Interna em Outubro (Apêndice XII) e a Externa em Novembro (Apêndice XIII), das quais resultaram os relatórios em Apêndice XIV.

A atividade de auditar, apesar de alguma inexperiência de alguns dos auditores, permitiu obter a percentagem de conformidades e inconformidades, tal como inferir medidas corretivas a aplicar de forma a diminuir as inconformidades identificadas e a promover de forma construtiva o processo de melhoria contínua.

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 VD 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 VD especiais, como sendo a MGF/C, foi considerado como NA, no período de tempo definido, por não se ter observado nenhum caso de MGF/C nas situações de VD auditadas.

O nível de conformidade total global foi de 53%, tendo sido considerado, como um nível satisfatório de conformidade, devido ao contexto pandémico 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 EPVA 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 VD, 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 VD, 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 RCVA, foi obtida uma inconformidade de 100%, pois nenhuma das situações de VD identificadas foi registada corretamente quer em registo em SClínico quer em RCVA.

Para o critério 1 com nível de conformidade de 0%, em que nenhuma das situações de VD identificadas foi registada em RCVA, foi explicado estar relacionado com o desconhecimento da Ferramenta informática (RCVA), 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 RCVA conforme a Norma de Procedimento interno elaborada, o nível de conformidade foi de 0%. Tal como já percecionado pelas respostas obtidas através do questionário *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 (Apêndice XX).

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.

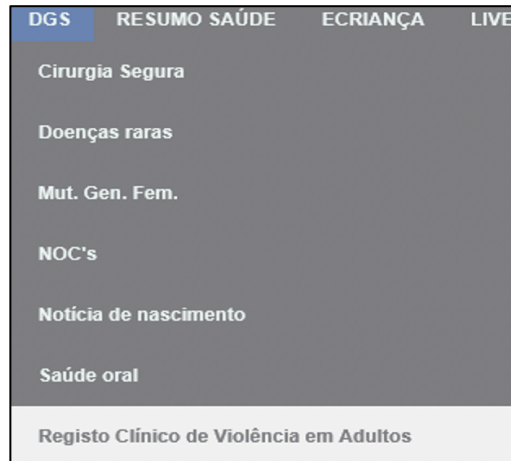
Reforçando que nas auditorias quer interna, quer externa, se obteve nos critérios 1 e 9, um nível de conformidade zero, que importa rapidamente melhorar e envolver os profissionais para o registo em SClínico e RCVA, tal como para o comprometimento da aplicação da Norma de Procedimento desenvolvida.

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 (médico) para a prevenção da VD, nomeado internamente em RCG da USF Piloto, sendo este o profissional clínico mais motivado e diligente na temática.
 - Existência de um questionário *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 VD, 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.
 - RCVA – Registo da situação de VD com acesso através do RSE tal como é possível visualizar na Figura 8 abaixo.

Figura 6 - Visualização da Forma de Acesso do Profissional Clínico (médico e enfermeiro) ao RCVA (Registo Clínico de Violência em Adultos)



Fonte: registo informático SClínico - RCVA

- Existência de Norma de procedimento interno para avaliação de risco de VD; Norma de procedimento com descrição de competências da EPVA e do clínico gestor de caso e ainda Fluxograma de atuação;
- Existência de folheto/panfleto, para fornecer ao utente em consulta, para prevenção da VD;
- 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 VD, com participação num evento comemorativo, já realizada em 2021 (Apêndice XVI).

Quanto aos Indicadores de Processo (input) constatámos:

- Nos resultados obtidos através do questionário *Forms*[®] a % 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 á formação sobre rastreio de violência interpessoal e competências e funções do gestor de caso a % 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 % de profissionais clínicos participantes nas formações que responderam ao questionário *Forms*[®] foi de 100%.

- Quanto aos resultados obtidos em Auditorias a % de profissionais clínicos participantes nas formações, que efetuam registos de avaliação de risco ou situação de VD no SClínico foi de 57% enquanto a % de profissionais clínicos participantes nas formações que sinalizam corretamente à EPVA foi de 100%.

- Quanto ao N° total de utentes (Anual) com avaliação de risco de VD (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, ou seja, no final de um ano do início do mesmo. Inicialmente não se trabalhava a prevenção e não se realizava o rastreio de avaliação de risco; apenas eram tratadas as situações de VD 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 VD.

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, na reunião de 2 de junho, foi nomeado apenas um Gestor de caso médico, mas após as formações foi nomeado na reunião de 24 de novembro, mais um Gestor de caso, desta vez enfermeiro, conforme Apêndice XIX;

- Em AE obtivemos, em relação aos casos de VD notificados à EPVA, 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 VD, 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 VD, 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 existir ainda 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.

1.4. Reavaliação e partilha dos resultados

A última fase do ciclo de Deming, ou ciclo PDCA é a fase de atuar/agir (ACT) onde se avalia o processo já implementado através da avaliação do nível de sucesso, de forma a adotar novas ideias para a melhoria contínua do processo. É nesta parte do processo que se propõem as medidas corretivas ou de melhoria, necessárias para atingir a norma e standartizar. A procura da melhoria contínua implica a procura de conhecimento e aperfeiçoamento, capacitação e treinamento da equipa, mobilização e envolvimento de todos os profissionais no seu desenvolvimento (Pacheco et al., 2009).

Após ambas as formações realizadas, o elemento gestor de caso reuniu (após partilha em RCG da USF) com a EPVA e equipa de projeto, para expor, partilhando e analisando de forma crítica, os resultados obtidos, identificando dificuldades, discutindo casos e apresentando necessidades formativas da sua equipa.

Os profissionais clínicos concordaram ainda existirem muitas dúvidas e sentirem necessidade de uma formação sobre o registo em RCVA, para o poderem realizar *On Time* e de forma correta. Dessa reunião resultou a decisão unânime, da necessidade de se completar a norma de procedimento interna para a temática, integrando um fluxograma de atuação, funcionando como um instrumento estruturante da prática clínica, nesta área de grande complexidade, com o objetivo de uniformizar registo em SClinico e RCVA (notas da reunião em Apêndice XVIII).

Noutra das RCG da USF, o gestor de caso partilhou com a sua equipa os resultados obtidos na AI. Identificou ainda com os colegas, dificuldades e necessidades formativas, discutindo casos e organizando as dúvidas para esclarecimento com a equipa de projeto e a EPVA.

Após a AE a equipa de projeto confirmou que as ambas as auditorias apresentavam resultados sobreponíveis, o que também se explica com a experiência de contratualização e realização de auditorias que os profissionais da USF piloto (Modelo B) já detinham.

Finalmente e em reunião da equipa do projeto com a equipa de profissionais da USF piloto foram identificadas dificuldades e necessidades de melhoria de alguns dos critérios avaliados, bem como negociando com a equipa, estratégias de envolvimento e compromisso entre ambos os atores que intervêm neste processo.

Surgiu ainda a nomeação por parte da equipa, do segundo elemento gestor de caso para a temática, para que trabalhem médico e enfermeiro como gestores de caso, para a uniformização de registos em SClínico das duas categorias profissionais.

Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

Com vista a terminar esta 1ª fase do projeto, pretendeu-se promover a continuidade da metodologia de gestor de caso para a VD na USF piloto, motivando os outros profissionais clínicos para atuação em conformidade. Deste modo, os gestores de caso promoveram nas RCG periódicas, o acompanhamento da implementação das medidas educacionais e comportamentais desenvolvidas pelos profissionais da equipa da USF piloto, através da discussão de casos e partilha de experiências de avaliação de risco, debatendo dificuldades e partilhando sucessos.

É necessário relembrar e discutir a Norma de procedimento interno elaborada e enviada inclusivamente via email para todos os profissionais, propondo reformulações à mesma, caso sejam sentidas como necessárias. De forma que todos se sintam familiarizados para documentar as suas intervenções, quer seja na prevenção ou na intervenção no âmbito da violência doméstica, através do registo em RCVA, será realizada pela coordenadora do projeto, uma formação, aos profissionais clínicos, em contexto de prática, dando exemplos de casos clínicos de utentes da USF, orientadores para essa mesma prática (formação agendada para 13 de Abril de 2022, para que lhes seja possível explorar e conhecer melhor a norma de procedimento criada, e ainda de forma a existir um maior número de situações clínicas para registar). Todos os profissionais clínicos comprometeram fazê-lo após essa nova formação, de modo presencial preferencialmente, sobre as ferramentas (Prieto et al., 2015), utilizando casos práticos, com presença de todos.

Os Elementos Gestores de caso (médico e enfermeiro) capacitaram e motivaram, nas suas categorias profissionais, o desenvolvimento para a uniformização de procedimentos e registos.

Reconhecer e partilhar o sucesso

O projeto foi implementado na Unidade de Saúde USF piloto do ACES anteriormente selecionada pela EPVA, UF que já tinha previamente acordado colaborar neste projeto, conforme Diagrama de Gantt em Apêndice I.

Nesta fase do projeto podemos afirmar que, para a melhoria da resposta de cuidados a utentes em situação de VD, a metodologia escolhida de Gestor de caso foi muito importante para a sensibilização e motivação dos profissionais, para uma resposta mais célere e adequada. A colaboração do gestor de caso, com os enfermeiros e os médicos de família,

sendo também ele um clínico pertencente à UF, tem sido uma experiência muito positiva, e inovadora, promovendo a satisfação e capacitação dos seus pares. Acredita-se que sendo o profissional de saúde, com maior conhecimento sobre a complexidade desta temática a trabalhar diariamente na UF, está mais acessível, colaborando com os colegas, ou atuando, em equipa, no caso de situações mais complexas.

A Equipa da USF piloto adquiriu uma maior sensibilidade para com a temática, uma maior motivação e capacitação para o desenvolvimento de novas formas de atuar, melhorando a qualidade dos cuidados, a segurança e a satisfação dos utentes, assim como dos profissionais com as respostas facultadas às situações com que se deparam. Mantém-se motivada para a uniformização das medidas corretivas propostas.

Apesar das dificuldades e constrangimentos do momento atual de pandemia, todos os elementos da EPVA, da USF piloto e da equipa de projeto, se mantiveram motivados para a implementação do Projeto de Intervenção Inovador para a VD, motivando igualmente os órgãos consultivo e decisivo do ACES. Para o *términus* desta primeira fase ainda é necessário planear formações adaptadas às necessidades encontradas, aperfeiçoar e divulgar os documentos elaborados, uniformizar procedimentos, treinar a equipa e reauditar. A 2ª fase iniciar-se-á apenas quando todos os documentos em elaboração pela equipa estiverem prontos e aprovados, sistematizado e uniformizado o processo de registo, assim como o rastreio anual e/ou sempre que necessário, a todos os utentes maiores de 18 anos, inscritos naquela UF. Está programado para que a partir do fim 2º semestre de 2022, seja iniciado o projeto nas restantes USF do ACES. Ao longo do ano de 2022 serão programadas e marcadas as formações, já realizadas na USF piloto, de acordo com as disponibilidades das equipas das várias USF.

Numa 3ª fase planeada para o ano de 2023, pretende-se estender a implementação do projeto de intervenção de gestor de caso, replicando a experiência das USF, a todas as outras Unidades Funcionais do ACES, devido às suas características de organização interna mais desfavoráveis. O Gestor de caso para a VD torna-se um profissional ainda mais imprescindível em UCSP, uma vez que nestas UF o *rácio* enfermeiro/utente se encontra aquém do preconizado (Ordem dos Enfermeiros, 2014) de forma a possibilitar uma resposta mais célere, especialmente aos utentes que não têm atribuída uma Equipa de Saúde Familiar.

É imprescindível continuar a incorporar os indecisos para o projeto de intervenção, que trará maior eficácia e qualidade à resposta dada a uma franja extremamente vulnerável da população que recorre aos cuidados de saúde do ACES. Posteriormente, se assim for considerado adequado pelos órgãos Executivo (DE) e Consultivo (CCS) do ACES, o projeto será também disseminado pelos outros ACES, uma vez que partilhamos ainda a pretensão de, posteriormente, apresentar este projeto na ARSLVT com o propósito de o difundir por

todas as outras Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, como exemplo de boas práticas em saúde.

2. Procedimentos Éticos

Solicitámos autorização à Direção Executiva (DE), ao Conselho Clínico e de Saúde (CCS) e à Comissão da Qualidade em Saúde (CQS) do ACES, para a Implementação do Projeto de Intervenção, inovador, para a melhoria contínua dos cuidados prestados, na área da Saúde em CSP, na UF Piloto e posteriormente nas outras UF. Foi entregue uma cópia do Trabalho de Projeto onde constava entre outros, o tema do estudo, o cronograma e os objetivos da implementação do projeto de Intervenção para a MCQ.

Dado tratar-se de um projeto de melhoria contínua, e face à licitude no âmbito do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), foi ponderado e decidido por CQS, CCS e DE, da não necessidade de solicitar parecer à Comissão de Ética da ARSLVT, para a utilização de dados clínicos em contexto de auditorias, com o propósito que não a prestação de cuidados. Os dados obtidos, foram e serão sempre utilizados de forma anonimizada, de acordo com o RGPD, tal como os dados retirados dos relatórios anuais realizados pela EPVA.

O *Relatório de Belmont* refere que são necessários três princípios éticos a ter em conta para a realização dos mesmos: O Princípio da beneficência - que se faça o bem e evite causar danos (Grove & Gray, 2019), produzindo benefícios para os participantes (Polit & Beck, 2019). O Princípio do respeito pela dignidade humana; os participantes têm o direito à autodeterminação e à liberdade de participar ou não no estudo (Grove & Gray, 2019), assim como o Princípio da justiça; os participantes do estudo têm direito a um tratamento justo e direito à privacidade (Grove & Gray, 2019; Polit & Beck, 2019), princípios que foram respeitados.

Foram respeitados também os princípios éticos, que regem o comportamento dos profissionais e que norteiam a redação dos relatórios anuais da EPVA local, enviados para a equipa regional. Foram ainda respeitados os princípios éticos que regem as práticas de cuidados para todas as tomadas de decisão inerentes à realização da colheita de dados e implementação do projeto, tais como o consentimento livre e esclarecido, o direito ao anonimato e a confidencialidade (Grove & Gray, 2019; Polit & Beck, 2019).

Foi ainda tido em conta o princípio do respeito pelos grupos vulneráveis, tal como referido por Nunes, Amaral & Gonçalves (2005). Tivemos sempre presente que uma vítima de Violência Doméstica tem propensão ao isolamento e a sentir baixa autoestima, ficando extremamente fragilizada fisicamente, psicologicamente, ou ainda socialmente (Nunes et al., 2005).

3. Apresentação de Resultados

Após a apresentação do projeto de MCQ à DE e CCS 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.

Competiu ao longo do tempo, ao líder do projeto/enfermeiro gestor, gerir estrategicamente os recursos, as necessidades de formação e as relações nas equipas, tal como a satisfação dos profissionais, a qualidade dos cuidados prestados.

A sensibilização dos profissionais de saúde da USF piloto, para a identificação da VD 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 VD 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 VD, ou em alternativa, criar um espaço com condições de acolhimento e privacidade para consulta programada de forma a realizarem uma melhor avaliação de risco VD.

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 VD, foi bem conseguido. Tendo a equipa da USF inicialmente, em 02 Jun 2021, nomeado um gestor de caso médico, sentiu necessidade de nomear também um gestor de caso enfermeiro em Nov 2021. Foi preparado e aplicado à equipa da USF um questionário Forms®, 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

VD. Também ficou definido o dia temático anual sobre prevenção da VD, que foi comemorado em 2021, em conjunto com os parceiros e para 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 VD 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 (RCVA e SClínico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto ainda necessita de medidas corretivas e maior comprometimento dos profissionais tal como constatado com as auditorias realizadas. Foi então iniciada preparação de formação prática (presencial) pós-auditorias, após diagnóstico de necessidades identificadas.

Os profissionais clínicos consideraram os registos demasiado complexos e consumidores de tempo de consulta clínica, mesmo após atividade formativa. Também revelaram algum desconhecimento da Norma de Procedimento interno elaborada para esta temática.

Tal como sugerido pelo gestor de caso, os profissionais discutirão a Norma em RCG, promovendo uma maior divulgação da mesma. Para os ausentes na referida reunião, será dada a oportunidade de ler a norma e assinar posteriormente uma folha de registo criada para o efeito, também em relação a outras problemáticas de saúde, em como tomaram conhecimento sobre a mesma, recorrendo ao gestor de caso para qualquer esclarecimento adicional (Arnold, 2019), ou suporte e colaboração em qualquer situação específica. 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 (Reunião de formação agendada para 13 de Abril de 2022, para terem tempo de explorar e conhecer bem a norma de procedimento criada, e ainda de forma a existir um maior número de situações para registar).

Foram valorizadas pela equipa as competências e reconhecida a relevância da implementação da metodologia do Gestor de caso, 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 VD (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 VD, 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 RCVA, 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 mostrou disponibilidade para qualquer dúvida ou questão colocada; 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 e médico gestor de caso, na USF Piloto, foi considerado como atingido numa primeira fase em que se aplicaram as ferramentas elaboradas. Foram relacionados os dados obtidos através do questionário *Forms®*, com os relatórios das auditorias aos registos clínicos das situações sinalizadas à EPVA e com as atas e notas de reuniões realizadas em equipa na USF.

Foi necessário sistematizar o que já foi alcançado e o que será melhorado através da introdução das medidas corretivas delineadas, para posteriormente ser possível avançar para a 2ª fase do projeto.

Posteriormente o sucesso do programa de MCQ (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 IPSS e ONG existentes na comunidade, para uma resposta mais concertada e em consonância com as necessidades dos utentes (a reiniciar em período pós pandemia).

4. Considerações Finais

O fenômeno de violência doméstica é uma emergência de intervenção comunitária, face aos números de mortes de mulheres por VD, 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 (ONU, 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 perspetiva 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 VD vivenciadas pelos profissionais nas Unidades Funcionais, vislumbrando sempre a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Esta necessidade transversal às várias equipas de profissionais clínicos no ACES, assim como a fase de realização do CMGE, 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 caso.

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 VD. 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. É essencial o seu envolvimento em atividades como a realização de investigação científica, publicação de artigos ou divulgação em congressos científicos, formação em serviço e educação em saúde. Igualmente indispensável a responsabilização pela atualização e aprendizagem contínua, desempenho eficaz, inovação na prática e orientação de novos gestores de caso. 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 pandémico. A partilha entre a equipa de projeto, a EPVA 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 evolução deste projeto de melhoria contínua da qualidade, possibilitou desenvolver competências profissionais de gestão e de liderança, mobilizando conhecimentos académicos e experiência empírica da prática clínica. Permitiu ainda adquirir competências de liderança e de motivação de equipas de enfermagem e multiprofissionais. Gestão de conflitos, gestão do tempo e dos recursos, foram outras competências amplamente desenvolvidas, pois numa equipa multiprofissional é necessário compreender, solicitar colaboração, envolvimento e compromissos com e para, bem como a integração dos vários intervenientes, de forma que se sintam iguais e partes integrantes de um todo, igualmente imprescindíveis para o atingir dos objetivos traçados.

Este projeto de melhoria contínua da qualidade permitiu desenvolver competências relacionadas com 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.

Apesar do cansaço e desgaste de todos, provocado pela pandemia que ainda persiste, dificultando 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 VD.

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.

Este projeto revelou-se ainda uma mais-valia para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em CSP, às vítimas de VD, seus agressores e familiares. 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 VD 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 (gestor de caso) que detinha maior conhecimento na complexa problemática da VD, 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.

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 VD, 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO Multi-country Study on women's Health and Domestic Violence. *BMC Public Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- 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>
- APAV. (2020). Relatório Anual 2019. In *Estatísticas APAV*. www.apav.pt/estatisticas
- APAV. (2021). *Relatório Anual 2020*. 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., Santosi, 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(01), 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>
- Basu, S., & Ratcliffe, G. (2013). Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations. *Emergency Medicine Journal*, 31(3), 1–4. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2012-201947>
- Biscaia, A. R., Machado, D. S. P., Oliveira, D. C. S., Menezes, M. B. V. C., & Silva, M. C. (2020). *Programa Nacional da Prevenção da Violência no Ciclo de Vida - Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde* (Direção Geral de Saúde, Ed.).
- Bradbury-Jones, C. (2015). Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors. *Community Practitioner*, 40–43. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=111186088&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- 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>
- Carvalho, M. C. O., & Lucas, P. R. M. B. (2020). A Eficácia da Prática do Enfermeiro Líder Clínico – Revisão sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57–64. <https://doi.org/https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>

- Cary, A. (2016). Case Management. *Public Health Nursing - Population Centered Health Care in the Community*, 477–502.
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Gabinete de Auditorias. (2017). *Circular Informativa nº129 de 27 de Abril de 2017. GOV.103 - Relatório de Auditoria*.
- Cherry, B., & Jacob, S. (2018). *Contemporary Nursing: Issues, Trends, & Management* (8th ed.). Elsevier.
- Commission for Case Manager Certification. (2021). *Introduction to the Case Management Body of Knowledge*. <https://cmbbodyofknowledge.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). <http://www.cfbdadosadn.pt/pt/atosnormativos/Paginas/conselhoeuropa.aspx>
- 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*.
- Cordeiro, R. A., & Carvalho, J. C. (2020). Gestão de caso e stepped care em enfermagem de saúde mental. *Saúde & Ciência*, s.v.(s.n.), 12–19. <https://www.researchgate.net/publication/344844525>
- Davis, K. (2015). Hospital at Home: Innovation in Practice. *Innovative Models of Care Delivery: Addressing Transitions Across The Care Continuum*, 17–20.
- Decreto-Lei n. 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*, 38, 1182–1189. eli: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/118376180/201911301409/diploma?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice
- Despacho n. 5613/2015. (2015). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. *Diário Da República, 2.ª Série*, 102, 13550–13553.
- Despacho n. 9494/2019. (2019). Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. *Diário Da República, 2.ª Série*, 202, 142–143. eli: https://dre.pt/pesquisa/-/search/125517180/details/normal?l=1&fbclid=IwAR2go-2w3Ab2FrZzwJfA8CsZn-ER32JgRXtm-Vb6F9zeAHxxu_n_62yEs98
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* (R. Bashshur, Ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.09.013>

- Dubois, C. A., Damour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-286>
- Ferreira, M. (2012). Gestão em Enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. In M. A. Rodrigues, M. C. Bento, & P. Queirós (Eds.), *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 57–74). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem.
- Ferreira, V., Amestoy, S. C., Silva, G. T. R., Felzemburgh, R. D. M., Santana, N., Trindade, L. L., Santos, I. A. R., & Varanda, P. A. G. (2018). Transformational leadership in nurses' practice in a university hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(01), 644–650. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800088>
- Figueiredo, A. R. E., Potra, T. M. F. S., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes – revisão scoping. *Ámbitos. Revista Internacional de Comunicación*, 49, 32–48. <https://doi.org/10.12795/ambitos.2020.i49.03>
- Fiorin, J., Tomiazzi, T., Oliveira, J., Oliveira, R., Tonini, N., & Nicola, A. (2016). Uso do diagrama de Ishikawa associado ao planejamento estratégico: experiência na graduação em enfermagem. *Revista UNINGÁ Review*, 26(3), 46–50. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1809>
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/riii12133>
- Frankel, A., Gelman, S., & Pastor, D. (2019). *Case Management - An Introduction to Concepts an Skills*. Oxford University Press. https://www.amazon.com/Case-Management-Introduction-Concepts-Skills-ebook-dp-B07KYT5JQN/dp/B07KYT5JQN/ref=mt_other?_encoding=UTF8&me=&qid=&asin=0190858885&revisionId=&format=4&depth=2
- Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 85–93. <https://doi.org/10.12707/riii1238>
- Godinho, N. (2020). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações*. ESEL - Centro de Documentação e Biblioteca. Lisboa.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding Nursing Research: Building an Evidence-Based Practice* (7 th). Elsevier.
- Hooker, L., & Taft, A. (2016). Using theory to design, implement and evaluate sustained nurse domestic violence screening and supportive care. *Journal of Research in Nursing*, 21(5/6), 432–442. <https://doi.org/10.1177/1744987116649633>

- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais* (3rd ed.). Obras Avulsas.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Improving the 21st-century Health Care System. In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. (pp. 39–60). National Academies Press (US). <https://doi.org/https://doi.org/10.17226/10027>
- Kramer, A., Nosbusch, J. M., & Rice, J. (2012). Safe mom, safe baby: A collaborative model of care for pregnant women experiencing intimate partner violence. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 26(4), 307–316. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31824356dd>
- Lage, M. J., & Sousa, P. (2013). Implementar programas de qualidade e de segurança do doente: que ganhos podemos esperar? *Tecno Hospital* 60, 22–27.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lopes, M., Gemiro, L., & Pinheiro, F. (Eds.). (2012). *Violência Doméstica - Manual de Recursos para a Rede de Intervenção Integrada do Distrito de Évora*. Universidade de Évora.
- Lucas, P. R. M. B., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Ambiente da prática de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: revisão scoping. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–8. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0479>
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 1–13. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
- 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 Medica Portuguesa*, 33(5), 311–317. <https://doi.org/10.20344/AMP.12769>
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x>
- Ministério da Administração Interna. (2019). Relatório Anual de Segurança Interna 2019. In *Relatório Anual de Segurança Interna*. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=%3D%3DBQAAAB%2BLCAAAAAAABAAzNDA0sAAAQJ%2BleAUAAAA%3D>
- Ministério da Administração Interna. (2020). Relatório Anual de Segurança Interna de 2020. In *Relatório Anual de Segurança Interna - Ano*. [http://www.ansr.pt/InstrumentosDeGestao/Documents/Relatório Anual de Segurança Interna \(RASI\)/RASI 2016.pdf](http://www.ansr.pt/InstrumentosDeGestao/Documents/Relatório Anual de Segurança Interna (RASI)/RASI 2016.pdf)

- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43–46. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01234.x>
- Muller, L. S. (2014). A case management briefing on domestic violence. *Professional Case Management*, 19(5), 237–240. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000054>
- Murray, E. (2017). Nursing Leadership and Management for Patient Safety and Quality Care. In *F.A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103*. F.A. David Company.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019 - OECD indicators* (Health at a Glance). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- ONU. (2018). Guia sobre Desenvolvimento Sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. *Centro de Informação Regional Das Nações Unidas Para a Europa Ocidental*, 1–38. 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. In *Divulgar* (Ordem dos). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Ambientes Favoráveis À Prática: Condições no Trabalho=Cuidados de Qualidade*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- 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. *Conselho de Enfermagem Regional Secção Sul Da Ordem Dos Enfermeiros*, 1–11.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>
- 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.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem* (9th ed.). ArtMed.
- PORDATA. (2019). *Crimes registados pelas polícias: Total e por tipo de crime*. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. <https://www.pordata.pt/Municipios/Crimes+registados+pelas+polícias+total+e+por+tipo+de+crime-599-2838>
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* [Tese Doutoramento em Enfermagem]. Universidade de Lisboa.

- Powell, S. K., & Tahan, H. M. (2018). *Case Management: A Practical Guide for Education and Practice* (4^a). Wolters Kluwer Health. https://www.amazon.com/Case-Management-Practical-Education-Practice-ebook-dp-B07B31663N/dp/B07B31663N/ref=mt_other?_encoding=UTF8&me=&qid=&asin=B07B31663N&revisionId=&format=2&depth=1
- 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.
- 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.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119149841&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Regulamento n. 76/2018. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. *Diário Da República, 2ª Série (Nº 21 de 30 de Janeiro de 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 / Juíz de Fora*, 31(2), 1–27.
- Sanford, K., & Janney, M. (2019). Preparing the nurse executive of the future. *Journal of Nursing Administration JONA*, 49(4), 171–173. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000732>
- Sidani, S., Manojlovich, M., Doran, D., Fox, M., Covell, C. L., Kelly, H., Jeffs, L., & Mcallister, M. (2016). Nurses' Perceptions of Interventions for the Management of Patient-Oriented Outcomes: A Key Factor for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/wvn.12129>
- 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*

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing - Population Centered Health Care in the Community* (9th ed.). Elsevier.
- Tafreshi, M. Z., Pazargadi, M., & Saeedi, Z. A. (2007). Nurses' perspectives on quality of nursing care: A qualitative study in Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(4), 320–328. <https://doi.org/10.1108/09526860710754389>
- Teper, M. H., Vedel, I., Yang, X. Q., Margo-Dermer, E., & Hudon, C. (2020). Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care. *Annals of Family Medicine*, 18(4), 355–363.
- Van Bogaert, P., Peremans, L., Van Heusden, D., Verspuyl, M., Kureckova, V., Van de Cruys, Z., & Franck, E. (2017). Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: A mixed method study. *BMC Nursing*, 16(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0200-4>
- Ventura, I., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). The nursing practice environment and nurses' satisfaction in the obstetrics hospital context: a scoping review. *Annals of Medicine*, 51(sup1), 203–203. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560162>
- WHO. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69523-8)
- WHO. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43470/9241563249_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- WHO. (2020). *State of the world's nursing report 2020: Investing in education, jobs and leadership*. World Health Organization. <https://www.paho.org/es/documentos/situacion-enfermeria-mundo-2020-resumen-orientacion>
- WHO, & OECD. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. In R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, & W. Quentin (Eds.), *Improving Healthcare Quality in Europe*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and Managing in Nursing* (7th ed.). Elsevier.

APÊNDICES

Apêndice I – Calendarização do Projeto – Cronograma/ Diagrama de Gantt

Apêndice II – Check List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)

Check List para uma avaliação da qualidade (Heather Palmer)

DIMENSÕES ESTUDADAS

As dimensões estudadas foram a **adequação técnico-científica** adquirida através da evidência e a **efetividade** .

A capacitação dos profissionais para a melhoria da acessibilidade e da eficiência da resposta em situação de VD e respetivo registo em RCVA.

A efetividade da aplicação do rastreio e avaliação de risco de VD, uma vez por ano, de forma sistematizada, a todos os utentes em consulta de enfermagem ou consulta médica. Execução uniformizada da Norma de Procedimento Interno com o Fluxograma de Intervenção (Apêndice XV) adaptado à realidade da USF Piloto e respetivo registo em SClinico.

O aumento da notificação/sinalização, das situações de risco e perigo identificadas, para além das de VD já instalada, através da Ficha de Referenciação da EPVA (Apêndice VII), com descrição objetiva das ações já implementadas, encaminhamentos realizados e das dificuldades ou necessidades de consultoria.

UNIDADE DE ESTUDO

A unidade de estudo assumida foi a de que, todos os profissionais clínicos da USF implementam a todos os utentes inscritos na mesma, o registo da consulta realizada em relação ao problema de saúde VD, tal como o rastreio de situações de VD, anualmente:

Numa 1ª fase – Unidade de Saúde Familiar do ACES, como unidade para experiência Piloto, no desenvolvimento e implementação do projeto – de 2020 a 2021

Numa 2ª fase do projeto apresentação dos resultados projeto piloto à DE e CCS do ACES com devido pedido de autorização para replicar, nas restantes USF do ACES, de 2022 a 2023

Numa 3ª Fase - Restantes Unidades Funcionais do ACES (UCSP e UCC) – A partir de Janeiro de 2023

Nota: Só se avançará para a 2ª fase do projeto após evidência (através dos registos) da execução do rastreio anual do risco para a VD, a todos os utentes da USF, conforme planeado. Teremos assim os inputs para os indicadores definidos, nomeadamente os de processo, de resultado e os epidemiológicos, de modo a responder assim aos objetivos propostos na 1ª fase do projeto.

TIPO DE DADOS

Indicadores de Estrutura:

- Existência de sistema de informação com possibilidade de registo das situações de VD, tal como de avaliação de risco para a mesma:
 - SClínico – Registo em processo clínico da avaliação do risco
 - RCVA – Registo da situação de VD através do RSE
- Existência de Protocolo de Implementação de projeto com a USF Piloto
- Existência de Norma de procedimento interno com algoritmo de intervenção de avaliação de risco de VD (Norma de procedimento com Fluxograma), com descrição das competências de gestor de caso
- Existência de folheto/panfleto, a fornecer ao utente em consulta, que evidencie a importância da prevenção da VD, como e onde recorrer em caso de risco ou perigo.
, adaptado à realidade da comunidade que a US serve.
- Existência de Check List para as auditorias interna e externa
- Existência de notas/ata de reunião de partilha em equipa (USF Piloto) dos resultados das auditorias
- Existência de Relatórios das Auditorias (interna e externa)
- Existência de plano de formação para os profissionais, com aplicação final de um questionário *Forms*® para avaliação das formações e das necessidades formativas e dificuldades dos profissionais ainda existentes - Medidas educacionais;
- Existência de um dia temático anual sobre prevenção da Violência Doméstica, adequado às características da população inscrita, trabalhando com a comunidade/população da USF a problemática da VD.

Indicadores de Processo (input):

- Nomeação interna de, pelo menos, um Gestor de Caso para a prevenção da VD na USF Piloto, que interliga com a equipa de projeto, sendo este o profissional mais motivado e diligente na temática da UF.
- % de profissionais da USF piloto participantes na apresentação da EPVA e apresentação da metodologia de gestão de caso
 - Número de profissionais da USF participantes na apresentação / Número total dos profissionais existentes na UF

- % de profissionais clínicos da USF piloto participantes na formação sobre rastreio de violência interpessoal e competências e funções do gestor de caso

- Número de profissionais clínicos da USF participantes na formação / Número total dos profissionais clínicos existentes na UF

- % de profissionais clínicos participantes nas formações que responderam ao questionário *Forms*[®]

- Número de profissionais clínicos da USF participantes nas formações que responderam ao questionário *Forms*[®] / Número total dos profissionais clínicos existentes na UF

- % de profissionais clínicos participantes nas formações, que efetuam registos de avaliação de risco ou situação de VD no SClínico

- Número de profissionais clínicos da USF participantes nas formações que efetuam registos de avaliação de risco ou situação de VD no SClínico / Número total dos profissionais clínicos existentes na UF

- % de profissionais clínicos participantes nas formações que sinalizam corretamente à EPVA

- Número de profissionais clínicos da USF participantes nas formações que preenchem e encaminham corretamente a Ficha de Referenciação da EPVA / Número total dos profissionais clínicos existentes na UF

- Nº total de utentes (Anual) com avaliação de risco de VD (Baixo, médio e elevado) em relação ao número total de utentes frequentadores da USF piloto, efetuado conforme norma de procedimento realizada para a prática:

1. % de utentes com baixo risco de serem vítimas de VD
2. % de utentes com médio risco de serem vítimas de VD
3. % de utentes com alto risco de serem vítimas de VD

Indicadores de Resultado (output):

- Nomeação interna de 2 gestores de caso (1 médico e 1 enfermeiro), na USF piloto do ACES;

- Monitorização dos casos de VD com aumento do número de registo em SClínico, nos casos notificados à EPVA, por forma a reduzir o número de casos de revitimização.
- Satisfação dos profissionais, perante a nova metodologia de trabalho de gestor de caso para a VD

Indicadores Epidemiológicos:

- **Prevalência** - Número de situações de médio e alto risco de VD avaliadas em relação á população abrangida pela USF
- **Incidência** - Número de novos casos de utentes vítimas de VD em relação à população abrangida pela USF

FONTE DE DADOS

- SClínico/Processo clínico/Avaliação Inicial, Avaliação familiar
- RSE-RCVA
- Ficha de Sinalização / Notificação da EPVA
- *Forms*[®]
- Notas das reuniões internas de acompanhamento e monitorização, utilizando técnica de brainstorming, mensalmente nos primeiros 3 Meses a partir de Setembro 2021
- Relatórios de Auditoria Interna e Externa (realizadas através de amostragem, em dia preconizado (trimestralmente 1º dia útil de cada trimestre ou semestralmente respetivamente)

TIPO DE AVALIAÇÃO

Auditoria Interna – Interpares e autoavaliação entre o staff clínico (gestor de caso e conselho técnico da USF) aos 3 MESES

Auditoria Externa – Um dos elementos da equipa de projeto e coordenadora do projeto, em conjunto com o gestor de caso da UF e Conselho técnico da USF, aos 6 MESES

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Explícitos/Normativos

- Grelha de auditoria (Check List) e notas de reuniões de monitorização para apresentação de resultados e introdução de melhorias no processo.
- Todos os utentes da USF têm registada, em Consulta de enfermagem ou médica, a avaliação de risco em SClínico (1 vez por ano em caso de risco negativo, sendo as

reavaliações realizadas conforme o Risco/Perigo avaliado) e RCVA, em caso de existência de VD.

- Monitorização trimestral dos registos em SClinico e em RCVA relacionados com VD, de todas as situações notificadas à EPVA

Implícitos -% de clínicos que fizeram a formação de rastreio de Violência Interpessoal

-% de clínicos que efetuam registo conforme protocolo de atuação

COLHEITA DE DADOS

- Dados colhidos no 1º dia útil de cada trimestre, pelo gestor de caso (ou por delegação) em conjunto com o CT da Unidade Funcional (Auditoria interna efetuada trimestralmente).

-Consulta de registos em SClinico com avaliação de risco e RCVA em situação de VD.

RELAÇÃO TEMPORAL

Avaliação retrospectiva inicialmente (de 1 de Agosto de 2020 a Novembro de 2021) e à *posteriori* concorrente, com avaliação observacional aos 3 e aos 6 MESES, durante o biénio 2021/2023 (Iniciado em Novembro 2021). No período estipulado, serão registados os dados em SClinico de rastreio de risco, e/ou em RCVA, em situação de VD, com respetiva e correta notificação/sinalização para a EPVA.

DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Amostra de base institucional – todos os utentes maiores de 18 anos inscritos e frequentadores da USF Piloto

critérios de inclusão - Rastreio a todos os utentes, maiores de 18 anos (no caso de menores de 18 anos devem ser sinalizados ao respetivo NACJR do ACES), atendidos em consulta médica/enfermagem no período de 1 ano, para avaliação de risco e identificação de algum sinal que evidencie a necessidade de intervenção.

MEDIDAS CORRETIVAS PASSÍVEIS DE SER USADAS - INTERVENÇÃO PREVISTA:

Medidas educacionais

– Formação em serviço aos profissionais, para maior conhecimento sobre a temática do fenómeno da VD e sensibilização para a importância de como intervir precocemente,

– Formação em serviço aos profissionais para a uniformização de registos - SClinico e RCVA para que todos os profissionais clínicos realizem avaliação de risco aos utentes, de forma sistematizada (Rastreio) nas ferramentas informáticas disponíveis, em consulta de

enfermagem e consulta médica, através do uso do algoritmo (adaptado) de avaliação do risco,

- Formação em serviço aos profissionais, para que todos os enfermeiros e médicos de família, além do gestor de caso, notifiquem, através do preenchimento correto da Ficha de Referenciação da EPVA, tanto as situações ocorridas de VD, como as identificadas como sendo de perigo de ocorrer,
- Utilização dos meios audiovisuais (como por exemplo os plasmas das salas de espera) para visionamento de vídeos existentes sobre a temática, da DGS ou dos restantes parceiros comunitários, ou ainda produzidos na própria USF Piloto,
- Distribuição de folhetos ou panfletos aos utentes, em consulta de enfermeiro ou médico de Família, consoante avaliação de risco.

Medidas comportamentais

- Identificação e valorização das competências do gestor de caso e incentivo aos registos e notificação da situação de risco de VD; incentivo ao trabalho em equipa enfermeiro de família e médico de família, com o clínico Gestor de caso. Reuniões para definir e estruturar procedimentos, melhorar e corrigir procedimentos implementados.
- 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 UF, entre outros);
- O Gestor de caso, para além do enfermeiro e médico de família do utente, também como elemento de referência para maior acessibilidade à UF e aos cuidados de saúde em situação de VD.

Medidas estruturais

- Introdução de melhorias nos gabinetes de atendimento para promover condições de privacidade adequadas ao atendimento prioritário de utentes em situação de perigo de VD e também para reunião da equipa que se encontra a tratar a situação de risco/perigo. Em alternativa criar um espaço com condições de acolhimento e privacidade para consulta programada a utentes em situação de VD.

Medidas Disciplinares

- Realização de notas de reuniões (internas e externas) para compreensão, envolvimento e compromisso dos profissionais no processo, na evolução e continuidade do projeto.

INDICADORES POSSÍVEIS PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MCQ (várias dimensões):

Indicadores de estrutura

Existência de uma norma de procedimento

Existência de um plano de formação para os profissionais de saúde da USF piloto

Indicadores de processo

% de utentes com avaliação de risco em SClínico em primeira consulta do ano

% de utentes com registo de situação de VD em RSE – RCVA

Aumento do número de situações de VD referenciadas/notificadas à EPVA, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação

Indicadores de resultado

Implementação da metodologia do enfermeiro gestor de caso na USF piloto

Aumento do número de situações de VD referenciadas/notificadas à EPVA, com correto preenchimento da respetiva ficha de notificação e/ou registo de situação de VD em RSE – RCVA.

Apêndice III – Pedido de consentimento DE e CCS do ACES

Exma. Sra.

Diretora Executiva do ACES [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização da EPVA, de implementação de Projeto Inovador de melhoria de cuidados de saúde, no âmbito do fenómeno da Violência Doméstica

Ana Paula dos Reis Carmona, com o n.º mecanográfico [REDACTED], com a categoria de Enfermeira Especialista, a exercer funções no ACES [REDACTED] como Coordenadora da EPVA, vem por este meio requerer em nome de toda a equipa, que lhe seja concedida autorização para implementação de um projeto inovador de melhoria dos cuidados de saúde, no âmbito do fenómeno da Violência Doméstica, no ACES [REDACTED], com o tema **“Intervenção do Enfermeiro Gestor de Caso, em situações de Violência Doméstica, na Comunidade”**.

Este projeto, integra o trabalho académico desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do Curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem, sob Orientação dos Professores, Mestre Maria da Graça Quaresma e Doutor Pedro Bernardes Lucas, como Orientadora e Coorientador respetivamente. Pretendemos que este projeto seja desenvolvido inicialmente numa Unidade de Saúde (US) do ACES, que funcionará como Unidade Piloto, pretendendo-se depois que o mesmo possa ser posteriormente adotado, pelas restantes US do ACES [REDACTED].



Todas as informações complementares respeitantes a este projeto podem ser consultadas no documento anexo.

Sem outro assunto de momento,
aguarda consentimento.

Ana Paula Reis Carmona

12 de Janeiro de 2021

Apêndice IV – Apresentação do Artigo de revisão bibliográfica da Evidência Científica em Congresso CIAIQ 2021





10º CONGRESO IBERO-AMERICANO EN INVESTIGACION CUALITATIVA


Online (Video Conferencia) 13-16 JUL 2021

Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da Violência Doméstica – Revisão Integrativa

Ana Carmona
Graça Quaresma
Pedro Lucas




1




Introdução

- Violência Doméstica
 - Grave Problema Saúde Pública
 - Fenómeno Multifactorial
- Gestor de caso - coordenador de intervenção de cuidados integrados e complexos

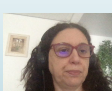


2




Introdução

- Enfermeiros - importante papel nas equipas de saúde:
 - reconhecimento da situação de violência
 - resposta de prestação de cuidados

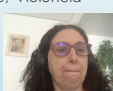


3




Objetivo

- Identificar a evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro gestor de caso, na promoção da prevenção da Violência Doméstica
- Descritores:
 - Revisão; Enfermagem; Administração de Caso; Violência Doméstica; Cuidados de Saúde Primários



4

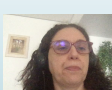


Metodologia

Revisão Integrativa da Literatura

Bases de dados Utilizadas:


- MEDLINE (PubMed/Medline), CINAHL, Cochrane
- Plataforma EBSCOHost -LILACS, SCOPUS e Web of Science
- Período Pesquisa entre 2010 e 2020



5



Resultados



142 artigos

90 artigos

23 artigos




11 artigos



6

Resultados




- O Gestor de caso em situação de VD e a responsabilidade multifacetada
- A contribuição do Administrador de caso para situações de saúde complexas
- A complexa abordagem em contexto dos CSP da temática da VD



7

Resultados

- Modelos de abordagem do fenómeno da VD para a prevenção e diminuição de complicações
- Programas e projetos inovadores, com equipas interdisciplinares para a prestação de cuidados de qualidade, a utentes com situações de saúde complexas






8

Conclusões

Implementação de Modelo de Gestor de Caso

- Melhoria da resposta às vítimas e da qualidade dos cuidados prestados em situação de VD, aumento da prevenção
- Enfermeiro gestor de caso em situação de VD – Equipas multiprofissionais - Ganhos em saúde






9

Conclusões

Implementação de Modelo de Gestor de Caso

- Satisfação dos profissionais
- Melhoria da comunicação com US e com parceiros da rede de resposta à VD



10

Apêndice V – Apresentação do projeto na USF Piloto em colaboração com a EPVA

EPVA
Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

5 Maio 2021

1

Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) surgem pela crescente preocupação com a violência entre os adultos, designadamente em contexto familiar, laboral, social, entre outros.

Legalmente criadas em 2013 (Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio) com a preocupação de enquadrar a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida.

2

PNPVCV
Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

Despacho n.º 9494/2019 - objetivo de reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à **violência interpessoal**.

DN n.º 202/2019, Série II de 2019-10-21

3

Composta por:

- Enfermeira Especialista - Coordenação
- Autoridade Saúde
- Assistente Social
- Psicóloga Clínica
- Médica MGF
- Médica Interna SP
- Psiquiatra – Médica Interna SP
- Médico Interno SP

4

Objetivos

- Contribuir para a **melhoria da informação prestada à população** e **sensibilização dos profissionais** de saúde para a igualdade de género e prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- Difundir informação** de carácter legal, normativo e técnico;

5

Objetivos

- Incrementar a formação** e preparação das/dos profissionais do ACES.
- Prestar apoio de **consultadoria a profissionais e equipas de saúde** no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;

6

Objetivos

- Fomentar e **estabelecer mecanismos de cooperação interinstitucional** no domínio da violência interpessoal, nomeadamente com o Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a Rede Social (SAEVV) e a Nível Hospitalar;
- Coligir e organizar** a informação existente sobre as situações de violência Notificadas.

7

CIRCULAR INFORMATIVA

N.º 21/06/2020
Data 14/08/2020

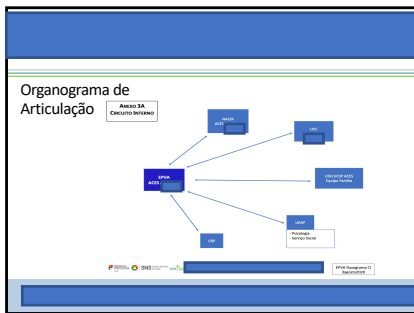
Para: Profissionais do ACES

Assunto: Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA)

8

Organograma de Articulação

9



10

Ficha de Referenciação Interna

Ficha de Referenciação Interna

11

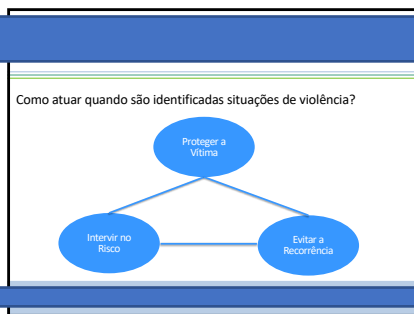
Perguntas Frequentes - FAQ

Perguntas Frequentes - FAQ

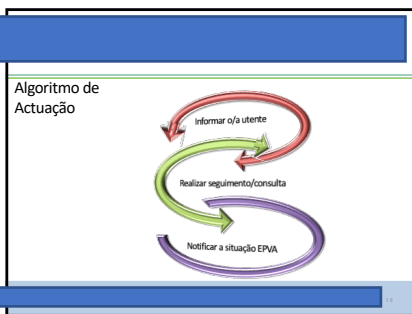
12



13



14



15



16

2020 em Números

Categorias/Tipos de violência	19-24				25-44				45-64				65+				Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Casos novos abertos no ano	6	1	20	3	21	2	8	8	53								
Casos transferidos de outro serviço					3	1	1	2	7								
Casos arquivados (Total)																	
Situações resolvidas	3		12		16	1	7	38									
Mudança de residência/moção	1		2					3									
Natureza da violência - apenas dos casos novos abertos no ano - (-)																	
Física	4		16		12	1	9	39									
Psicológica	2	1	3	3	9	1	2	12									
Sexual								0									
Negligência / privação			1	1	1	1	4	7									

* 38 = 15 situações específicas + 23 (situações gerais)

Fonte: ASGVICV - Ficha avaliação 2020

17

2020 em Números

Categorias/Tipos de violência	19-24				25-44				45-64				65+				Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tipologia - apenas dos casos novos abertos no ano																	
Violência Doméstica (Intim)	3	1	10		16	6	4	34									
Violência sexual perpetrada por pessoa não incluída nos alíneas a) e b) anteriores	2				4	2	3	11									
Traffico de seres humanos					1			1									
Violência	1		1					2									
Situações Específicas - apenas dos casos novos abertos no ano																	
Violência de género (MGF)	14	12	0	0	0	0	0	27									
Violência contra a pessoa com deficiência / incapacidade	1				1			2									

Fonte: ASGVICV - Ficha avaliação 2020

18

Registo Clínico de Violência em Adultos

NOVO RCVA
Registo Clínico Violência em Adultos - RSE

PORQUE A VIOLÊNCIA TAMBÉM É UM PROBLEMA DE SAÚDE

PNPVCV
Programa Nacional de Prevenção da Violência em Cuidado de Saúde

19

Registo Clínico de Violência em Adultos

Novo Registo Clínico de Violência em Adultos
Cuidado de Saúde Primário e Cuidado Hospitalar

Sinalização EPVA/Núcleos

RCM nº 139/2019
Procedimento de registo, tratamento e partilha de dados sobre situações de violência doméstica sinalizadas no sistema de saúde português

20

Thank you for your attention!

Dúvidas ?

PNPVCV
Programa Nacional de Prevenção da Violência em Cuidado de Saúde

21

Apêndice VI – Questionário *Forms*® de avaliação da formação

Rastreo de "Violência Interpessoal"

A prevenção da violência doméstica começa quando detectamos os primeiros sinais de risco. Para tal é necessário sistematizar um conjunto de abordagens ao utente para perceber se existe risco, se é já uma situação de perigo ou se não existe qualquer tipo de risco.

Este questionário é anónimo e serve apenas para avaliação da Formação realizada aos profissionais de saúde sobre a temática, pela EPVA.

* Required

* This form will record your name, please fill your name.

1. Trabalho no ACES em *

USF

UCSP

Other

2. Idade *

3. Género *

- Feminino
- Masculino

4. Habilitações *

- 12º ano
- Licenciatura
- Especialidade
- Mestrado/Doutoramento

5. Estive presente na formação realizada pela EPVA sobre "Rastreio de Violência Interpessoal" *

- Sim
- Não

6. Considero que foi útil a formação apresentada? *



7. Considero o rastreo da "Violência Interpessoal" como parte integrante da consulta do adulto? *

- Sim
- Não
- Talvez

8. Realizo, pelo menos uma vez por ano, rastreo de "Violência Interpessoal" a todos os utentes? *

- Sim
- Não

9. Como Enfermeiro/Médico de família tenho um papel extremamente importante para a prevenção da violência doméstica nos meus utentes! *

- Concordo
- Não Concordo
- Às vezes

10. Sei como abordar os meus utentes no que diz respeito à temática da violência *

- Sim
- Não
- Tenho alguma dificuldade
- Não tenho condições ambientais para abordar o tema

11. Considero o gestor de caso para a Violência Doméstica na minha Unidade de Saúde, como uma ajuda importante para a avaliação de risco, abordagem da temática e encaminhamento das situações referentes aos meus utentes. *

- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não concordo

12. Na minha Unidade de saúde temos normas de actuação e procedimentos para a abordagem e a prevenção da "violência Interpessoal" tal como para outros problemas de saúde (ex: diabetes, Rastreo oncológico, entre outros) *

- Já tínhamos
- Pretendemos realizá-las
- Não me parece importante
- Não, porque não é um problema de saúde

13. Aspectos da prática que gostaria de ver refletidos no questionário

14. Sinto necessidade de mais formação sobre Violência Doméstica e Interpessoal *

Se "Sim" refira qual ou quais.

Não

Sim

Other

15. Observações/Sugestões para a prática clínica

10/17/2021

This content is neither created nor endorsed by Microsoft. The data you submit will be sent to the form owner.



Apêndice VII – Ficha de Referência/Notificação (atualizada) para a Equipe de Prevenção de Violência de Adultos



Anexo 2

Ficha de Referenciação EPVA:

Nome do utente: _____

Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos Género: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Unidade de Saúde: _____ Médico de Família: _____

Nº utente: _____ Profissão atual: _____

Morada: _____

Contacto/Telefone: _____

Encaminhado por: _____ Unidade/Serviço: _____

Agregado Familiar

Grau de Parentesco	Nome	Idade	Profissão	Contacto

Vulnerabilidade atual:

Criança/Dependente
exposto à violência

Dependente
(física/mentalmente)

Gravidez

Pessoa Idosa

Dependente
economicamente do agressor

Negligência

Refugiado/ asilado

Outra

Migrante





Natureza da Violência:

Violência Física Violência Psicológica Violência Sexual Negligência Outras

Descrição Sumária da Situação (Motivo da Referência/Descrição do Problema/Observação):

Data de Sinalização /EPVA: ___/___/___ Seguimento para: _____

Profissional: _____ Unidade de Saúde: _____



Apêndice VIII – Planos de Formação

PLANO DE FORMAÇÃO

TEMA: Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA) e Projeto de MCQ para a Prevenção da VD

DATA: 5 Maio 2021 às 14 H

LOCAL: Ferramenta informática *Teams*

DURAÇÃO: 45 minutos

FORMADORES: Enfa. Ana Carmona

DESTINATÁRIOS: Todos os profissionais da Equipa da USF

Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais da USF para o reconhecimento da VD como um problema de saúde

Materiais e Equipamentos Utilizados: Computadores e internet, *smatphones*

Avaliação: Através do método expositivo: esclarecimento de dúvidas; através do método activo/participativo: promoção de debate de ideias; Aplicação de *Forms* via informática

Momento	Conteúdos	Tempo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	Apresentação dos Elementos EPVA Apresentação da Circular Informativa de 2019, referente à EPVA Exposição do tema Comunicação dos objectivos específicos	5 Minutos	Expositivo através de powerpoint; activo/participativo sempre que surjam dúvidas	Computador e internet
Desenvolvimento	Contextualização e competências (conceitos e definições) Protocolos de Atuação Algoritmo de Atuação Guia Prático de Abordagem, diagnóstico e intervenção para a Violência interpessoal Formulário de Notificação/Sinalização Introdução Metodologia de trabalho de Gestor de caso Apresentação projeto de Intervenção	30 Minutos	Expositivo através de powerpoint; activo/participativo sempre que surjam dúvidas	Computador e internet
Conclusão	Referências bibliográficas Esclarecimento de dúvidas e Avaliação da formação Debate de Ideias	10 Minutos	Expositivo através de powerpoint; activo/participativo sempre que surjam dúvidas	Computador e internet

 	PLANO DE FORMAÇÃO
TEMA: Importância do Rastreo da Violência Interpessoal e Registo RCVA	
DATA: 2 Junho 2021 às 14.30 H	LOCAL: Em simultâneo por Ferramenta informática <i>Teams</i> e presencialmente em sala de reuniões da USF
DURAÇÃO: 45 minutos	FORMADORES: Enfa. Ana Carmona Dra. Ana Carolina Baptista e o Dr. Diogo Lopes
DESTINATÁRIOS: Todos os profissionais da Equipa da USF	

Objetivo Geral: Sensibilizar o gestor de caso e restante equipa da USF piloto para a importância da realização do rastreio sistematizado da VD

Materiais e Equipamentos Utilizados: Computadores, Projetor multimédia e *smatphones*

Avaliação: Através do método expositivo: esclarecimento de dúvidas; através do método activo/participativo: promoção de debate de ideias e discussão de casos; Aplicação de *Forms* via informática

Momento	Conteúdos	Tempo	Método	Recursos Pedagógicos
Introdução	Apresentação dos intervenientes Exposição do tema Comunicação dos objectivos específicos	5 Minutos	Expositivo	Computador e projetor, internet
Desenvolvimento	PNPVCV Rastreio da Violência Interpessoal (conceitos e definições) Obstáculos à detecção Protocolo geral de Atuação Rastreio e Avaliação RCVA, requisitos e objetivos	30 Minutos	Expositivo através de powerpoint; activo/participativo sempre que surjam dúvidas	Computador e projetor, internet
Conclusão	Referências bibliográficas Esclarecimento de dúvidas e Avaliação da formação Debate de Ideias e discussão de casos	10 Minutos	Expositivo através de powerpoint; activo/participativo sempre que surjam dúvidas	Computador e projetor, internet

Apêndice IX – Folheto realizado no âmbito do projecto

COVID-19

COMUNIDADE ON
#violênciaOFF

PRESTE ATENÇÃO AOS SINAIS
DE VIOLÊNCIA EM VIZINHOS
OU NA SUA COMUNIDADE

Sobretudo em crianças,
mulheres e pessoas
idasas



Procure ajuda nos Centros de
Saúde ou Hospitais:

- > Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- > Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

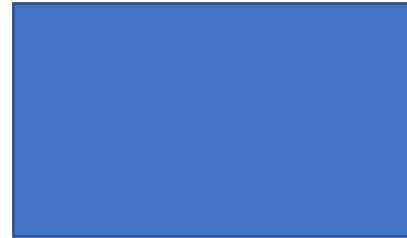
Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica
800 202 148
violencia.covid@cig.gov.pt
SMS 3060



<https://www.youtube.com/watch?v=TU87hL8g8kQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=QtGtm0luV>

versão 1 – agosto 2020
elaborado por: EPVA ACE
aprovado por: CCS ACES



COVID-19



ASGVCV
AÇÃO DE SAÚDE SOBRE GÉNERO,
VIOLÊNCIA E CICLO DE VIDA

COVID-19

FAMÍLIA ON
#violênciaOFF

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
TAMBÉM É UM PROBLEMA
DE SAÚDE

Nos Centros de Saúde e Hospitais
As nossas equipas podem ajudar



- > Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- > Equipa de Prevenção da Violência em Adultos



COVID-19

FAMÍLIA ON
#violênciaOFF

OS PERÍODOS DE ISOLAMENTO
PODEM AGRAVAR SITUAÇÕES
DE CONFLITO FAMILIAR
E VIOLÊNCIA

Este também é um
problema de saúde

Procure ajuda nos Centros de Saúde
ou Hospitais:

- > Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- > Equipa de Prevenção da Violência em Adultos

Serviço de Informação a Vítimas
de Violência Doméstica
800 202 148
violencia.covid@cig.gov.pt
SMS 3060



Sms 3060

Telefone 800 202 148

E-mail violencia.covid@cig.gov.pt

APAV 30 Anos
Apoio à Vítima

CHAMADA GRATUITA
116 006
LINHA DE APOIO À VÍTIMA
DIAS ÚTEIS DAS 09H-21H

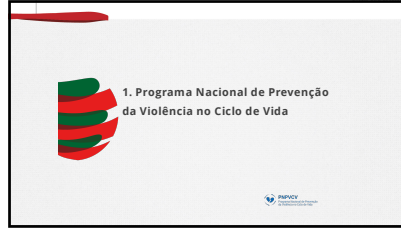
Linha
Internet
Segura
800 219 090



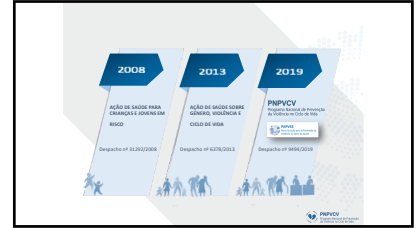
Apêndice X – Formação ministrada aos profissionais da USF piloto sobre Rastreamento de Violência Interpessoal (replicada da DGS conforme preconizado)



1



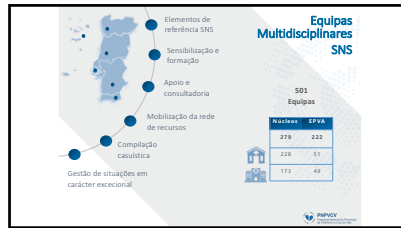
2



3



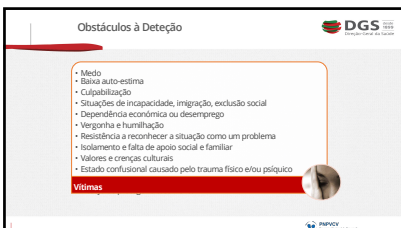
4



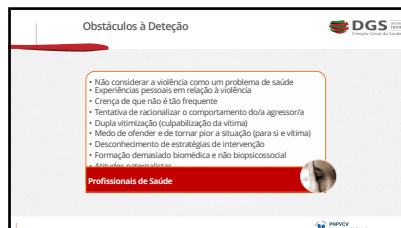
5



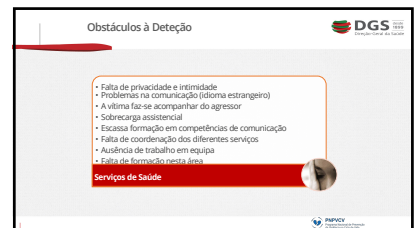
6



7



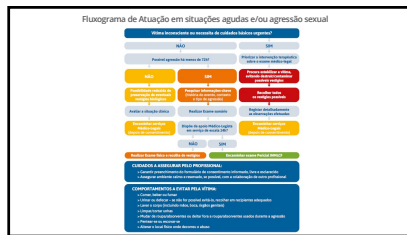
8



9



10



11



12

Rastreo
Rastrear

Porquê Perguntar?

- Frequência da ocorrência da violência interpessoal
- Insuficiência da deteção de situações de maus tratos
- Inexistência de "perfis" de vítimas e agressores/as
- A maioria das vítimas está disposta a revelar a situação quando se pergunta de forma direta e sem juízos de valor
- Experiência e maior abertura na abordagem do tema por profissionais
- Prevenir e detetar precocemente os casos
- Transmitir a ideia de que se trata de um problema de saúde

13

Rastreo
Rastrear

Como deverão ser conduzidas as questões sobre violência?

Regular e rotineira | Direta, empática e sem juízos de valor | A não com o/a cliente

Em que contextos?

Ambulatório | Internamento | Intervenção comunitária

Como incentivar a revelação da situação de violência por parte da vítima?

Ser e parecer que está preocupado e a acutar | Especificar o tipo de perguntas | Transmitir segurança

14

Rastreo
Rastrear

Quando deverá colocar-se questões?

Sempre que o/a profissional de saúde considerar relevante | Na primeira consulta | Novas queixas | Início nova relação | Grandes pressões físicas e com dependência

Quando não deverá colocar-se questões?

Na ausência de um espaço privado | Na ausência de indícios de que a avaliação poderá colocar em risco o/a utente

15

Rastreo
Rastrear

Exemplo de Abordagem Inicial

"Sabemos que a violência é um problema comum. Há muitas pessoas que têm consequências para a saúde. Por isso, pergunto às minhas e aos meus utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, de forma a melhor poder ajudá-las quando necessário."

Exemplo de Perguntas de Rastreo

"No seu caso, já foi ou está a ser vítima de algum tipo de violência?" (exemplificar)
"Está satisfeita com a sua relação conjugal ou familiar?"

16

Rastreo
Rastrear na Gravidez

Quando deverão ser colocadas questões?

Na primeira consulta de vigilância pré-natal | Nas consultas subsequentes

Em que contextos?

Clínica de | Clínica de | Clínica de | Serviço de | Sala de | Internamento | Clínica de | Clínica de | Unidade de | Unidade de

Exemplo de Perguntas de Rastreo

"Sabemos que muitas mulheres que engravidam têm problemas de saúde. Por isso, pergunto às minhas e aos meus utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, de forma a melhor poder ajudá-las quando necessário."

17

Rastreo
Rastrear pessoas agressoras

Suspeita de Agressor/a

Abordagem inicial: "A violência é um problema comum. Há muitas pessoas que têm consequências para a saúde. Por isso, pergunto às minhas e aos meus utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, de forma a melhor poder ajudá-las quando necessário."

Exemplos de Perguntas

Quando o/a utente apresenta queixas de saúde física ou mental? | Quando o/a utente apresenta queixas de saúde física ou mental? | Quando o/a utente apresenta queixas de saúde física ou mental?

18

Rastreo

Aspecto Geral

Na(s) resposta(s) negativa(s) às perguntas de deteção

- Registar "terem colucidos questões de rastreio sobre violência e ato uxente afirmou não ser um problema para si", e não "o utente nega a situação de violência ou não aceita não se encontrar numa situação de violência".

Anotar, mesmo quando o relato é discordante da avaliação realizada

- Aparar da utente, **sempre que possível de 5 meses, relatar que bateu acidentalmente com a cabeça na parede da porta, questionar se a ferimento não foi infligido. De registo que no gravidez anterior relatou sentir episódios de violência física por parte do parceiro. De notar também que durante a entrevista verbal o contexto usual, recurso responder e começou a chorar quando foi questionada se o ferimento não foi realizado no contexto de alguma agressão por seu parceiro.**

19

Protocolo Geral de Atuação

20

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Antecedentes e Características da Vitima

Antecedentes Infância/Juventude

- Ter sofrido ou presenciado situações de maus-tratos

Antecedentes Pessoais / Estilos de Vida

- Lesões frequentes
- Abuso de substâncias
- Abuso de medicamentos, sobretudo psicofármacos

21

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Antecedentes e Características da Vitima (cont.)

Sinais e Sintomas Físicos

- Cefaleias
- Cansadiças
- Dor crónica em geral
- Tonturas
- Desmaios
- Problemas gastrointestinais (diarreia, diarreias, vômitos, dor abdominal)
- Dor pélvica
- Dificuldade respiratória

Sinalização de serviços de saúde

- Ferimentos de natureza intencional e outros de abandono (feridas abertas)
- Incumprimento de tratamentos
- Utilização repetitiva dos serviços de urgência
- Hospitalizações frequentes
- Comportamento de isolamento com acompanhante quando antes não o fazia

22

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Antecedentes e Características da Vitima (cont.)

Sintomas Psicológicos

- Controlo mental
- Inquietações
- Tremores
- Sedentes
- Sensação de sufocação
- Desvalorização
- Paranoia
- Calafrios
- Hiperreflexia
- Médias
- Ferida de aperto ou voracidade alimentar
- Insonnia ou hipersonnia
- Falta de energia ou fadiga
- Baixa auto-estima
- Falta de concentração
- Dificuldades na tomada de decisões
- Obsessões
- Isolamento social (família, amigos)
- Intimidez
- Culpabilização
- Tristeza
- Somatização
- Desajustamento suicídio
- Depressão
- Pós-stress traumático

23

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Antecedentes e Características da Vitima (cont.)

Situações de Vulnerabilidade

- Isolamento no nível de: género e parental, namoro, separação
- Isolamento familiar e social
- Migração
- Idade (importante fase vital)
- Dependência económica ou física
- Problemas laborais e desemprego
- Ausência de competências sociais
- Isolado social (familiar, parentesco, amigos)
- Informação por parte de familiares, amigos ou outros profissionais de que é vítima de violência

Lesão Sexual e Reprodutiva

- Ausência de controlo de fecundidade
- Presença de lesões nos genitais, abdómen ou mama durante as gravidezes
- Dispareunia
- Dor pélvica
- Infecções ginecológicas de repetição
- Distúrbios sexuais
- Diagnósticos
- História de abortos de repetição
- Clítor com baixo peso ao nascer
- Ataques na procura de cuidados

24

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Atendimento

Indicadores Físicos

- Hematomas ou contusões em zonas suspeitas: cervical/cabeça, ombros
- Lesões múltiplas em diferentes estádios de cicatrização
- Fraturas, lacerações, abrasões, queimadas, cortes, quemaduras, mordeduras, fraturas (aberto e fechado, torção do punho)
- Lesões nos genitais, mama, retina do olho
- Queimadas de dor aguda ou crónica, sem evidência de lesões nos tecidos
- Causas de dor nos tecidos
- Abuso sexual (incluindo por parte do cônjuge)
- Dor, sangramento, inchaço e vermelhidão
- Lesões ou sangramento vaginal durante a gravidez
- Aborto espontâneo ou ameaça de aborto

25

Sinais e Sintomas

Indicadores de suspeita: Atendimento (cont.)

Atitude da Vitima

- Culpabilização no discurso
- Estado de ansiedade ou angústia, irritabilidade
- Sentimentos de vergonha/medo, receio, comunicação difícil, evitamento do contacto visual
- Vestitúrio sugestivo de ocultação de lesões
- Falta de cuidado na higiene pessoal
- Na presença do/a acompanhante: atitude temerosa, procura constante de aprovação
- Justificação ou desvalorização das lesões
- Preocupação desproporcionada em relação às lesões
- Explicação não coincidente com o tipo de sintomatologia

26

Sinais e Sintomas

Fluxograma de Atuação

Indicadores de suspeita: Atendimento (cont.)

Atitude do/a acompanhante

- Inexistência em estar presente durante todo o atendimento
- Atitude crítica, contestatória ou hostil
- Interrupção do discurso da vítima, com restrição do seu relato
- Excessiva preocupação ou reticência para com a vítima
- Excessiva desproporção, minimização de sintomas
- Excessiva depressão após relato, banalização das lesões

Crianças

- Lesões corporais
- Ataques de enxaqueca
- Ataques no desenvolvimento
- Baixo rendimento escolar
- Distúrbios gastrointestinais de repetição
- Problemas no sono e alimentação
- Problemas no controlo dos esfíncteres
- Acidentes frequentes
- Agressão psicológica
- Comportamento agressivo
- Atitudes de imitação e isolamento
- Depressão, ansiedade
- Tentativas de suicídio, automutilação

27

Rastreio e Avaliação

Antecedentes e Características Pessoais
Muitas pessoas têm problemas como os seus, mas como... (refletir os mais significativos), e como é possível a receber algum tipo de apoio para lidar com eles? E está a ser casal?

Estilos de Vida
Esta pessoa habitualmente ocorre quando se encontra em situações de stress... Já teve que "desligar-se"?

Sistemas Psicológicos
Sistema de valores e sua opinião sobre estes sistemas que me rebela (sensibilidade, intolerância...)
Deixa quando é que se sente "agredido" que não quer se desligar?

Relações de Serviço Humano
Como não se sente confortável de trabalhar ou de lidar?
— Alguém vai por perceber de receber apoio, quem, de quem ou receber cuidados médicos?

28

Entrevista

Entrevista em situações de SUSPEITA

- Sequência lógica de perguntas, das mais gerais e para outras mais diretas
- Abordagem cuidadosa, mas direta
- Expressão clara de que não existe desculpa/justificação para a violência
- Revelação da situação da violência poderá representar perigo para a vítima
- Atenção a aspetos culturais, identidade e orientação sexual
- Respostas negativas às perguntas de deteção não significam inexistência de situações de violência

29

Entrevista

Entrevista em situações de CONFIRMAÇÃO

- Fazer com que a vítima não se sinta culpada da violência que sofre
- **Ajudar a refletir**, a ordenar as ideias e a tomar decisões
- **Alertar para os riscos** e consequências que corre mas aceitar escolha
- **Validar o relato**, não colocando em dúvida nem emitindo juízos de valor
- **Abordar o medo** associado à revelação/denúncia
- **Esclarecer o direito à confidencialidade**, excetuando perigo iminente
- **Esclarecer sobre o tipo de informação que é fornecida às autoridades**
- **Evitar a revitimização**, garantido que a avaliação aprofundada da situação é realizada pelo(a)s profissional(is) responsável(is) pelo acompanhamento

30

Entrevista

Entrevista em situações de CONFIRMAÇÃO

NÃO:

- Dar a sensação de que tudo vai resolver-se facilmente
- Dar falsas esperanças
- Criticar a atitude ou ausência de resposta
- Desvalorizar a sensação de perigo que é expressa
- Recomendar terapia de casal nem mediação familiar
- Prescrever fármacos que diminuam a capacidade de reação
- Utilizar uma atitude paternalista/maternalista
- Impor critérios ou decisões

31

Protocolo Geral de Atuação

32

Protocolo Geral de Atuação

- Sem Risco Atual**
 - O(a) utente **NÃO CONFIRMA** situações de violência e
 - O(a) utente **NÃO REVELA** indicadores de suspeição
- Suspeita sem perigo iminente**
 - O(a) utente **NÃO CONFIRMA** situações de violência e
 - O(a) utente **REVELA** indicadores de suspeição
 - **SEM PERIGO IMINENTE** após avaliação de risco
- Confirmação sem perigo iminente**
 - O(a) utente **CONFIRMA** situações de violência **OU**
 - O(a) utente **CONFIRMA MAS NÃO RECONHECE** situações conflitivas como violência e
 - O(a) utente **REVELA** indicadores de suspeição
 - **SEM PERIGO IMINENTE** após avaliação de risco
- Confirmação com Perigo Iminente**

33

Protocolo Geral de Atuação

PROTÓCOLO 1 Situação de Suspeita
• Objetivo: reconhecimento por parte da vítima da sua situação de mau trato, para que haja condições de realizar uma intervenção direta e esteja consciente do problema

PROTÓCOLO 2 Situação de Risco
• Objetivo: fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias na sua vida que lhe permitam interromper o ciclo da violência

PROTÓCOLO 3 Situação de Perigo
• Objetivo: proteger a vida da vítima que sofreu, ou se sofrer, uma agressão, assim como os dependentes, cujas vidas se encontram em perigo

34

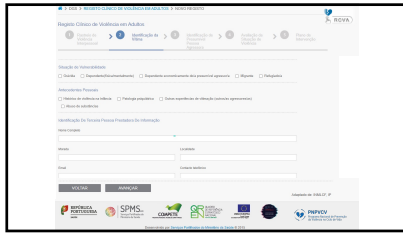
Protocolo Geral de Atuação

35

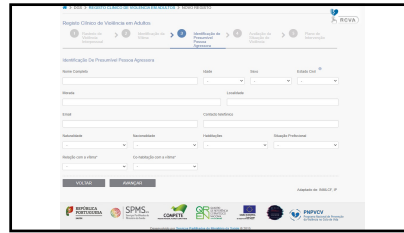
Protocolo Geral de Atuação

Sinalização - Situações Específicas

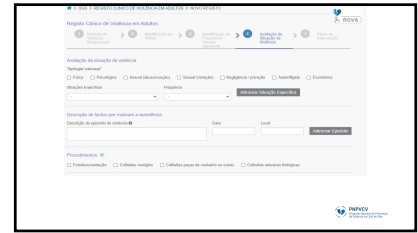
36



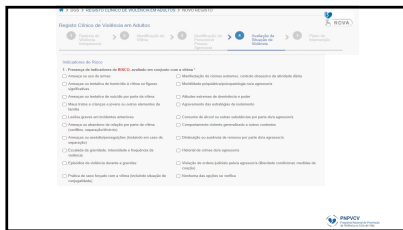
46



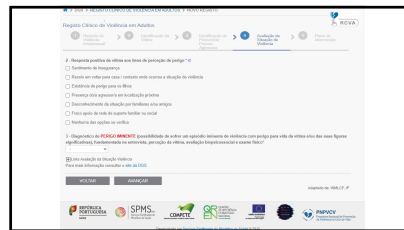
47



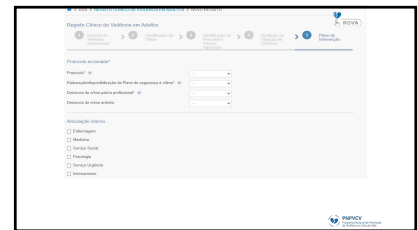
48



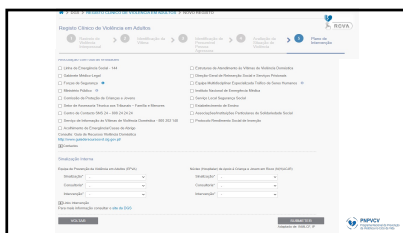
49



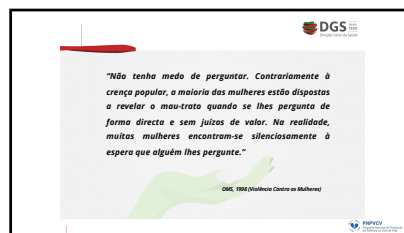
50



51



52



53



54

Apêndice XI– Check List de Auditoria

	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 SClinico de Avaliação de Risco/ rastreo 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 SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento					
10	Total					

Apêndice XII– Auditoria Interna (OUT21)

Check List de Auditoria		1	2	3	4	5	6	7
1	Registo de Situação de VD em RCVA	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
2	Registo de situação de MGF em RSE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3	Registo em SClínico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	NC	C	NC	C	C	NC	C
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	NC /NA	C	NC /NA	C	C	NC /NA	C
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	C	C	C	C	C	C	C
6	Colaboração com líder clínico/gestor de caso na situação registada	C	C	NC	C	C	NC	C
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	C	C	C	C	C	C	C
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	C	C	NC	NC	NC	C	NC
9	Registo em SClínico e RCVA conforme Norma de Procedimento	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	Observações							

23/08/2021 - Dra. X	10/02/2021 - Dra. G	24/05/2021 - Dra.X	24/05/2021 - Dra. Y	28/04/2021 - Dra. Y e Dr. Z	28/04/2021 - Dra. F	28/04/2021 - Enfa. H
1 NNU	2 NNU	3 NNU	4 NNU	5 NNU	6 NNU	7 NNU

Líder Clínico/Gestor de caso

LEGENDA		
Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
C	NC	NA

Apêndice XIII – Auditoria Externa (NOV21)

Check List de Auditoria		1	2	3	4	5	6	7
1	Registo de Situação de VD em RCVA	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
2	Registo de situação de MGF em RSE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3	Registo em SClinico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	NC	C	NC	C	C	NC	C
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	NC /NA	C	NC /NA	C	C	NC /NA	C
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	C	C	C	C	C	C	C
6	Colaboração com líder clínico/gestor de caso na situação registada	C	NA	NC	C	C	NC	C
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	C	C	C	C	C	C	C
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	C	C	NC	NC	NC	C	NC
9	Registo em Sclinico e RCVA conforme Norma de Procedimento	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	Observações							

23/08/2021 - Dra. X 10/02/2021 - Dra. G 24/05/2021 - Dra.X 24/05/2021 - Dra. Y 28/04/2021 - Dra. Y e Dr. Z 28/04/2021 - Dra. F 28/04/2021 - Enfa. H
1 NNU **2 NNU** **3 NNU** **4 NNU** **5 NNU** **6 NNU** **7 NNU**

Líder Clínico/Gestor de caso

LEGENDA		
Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
C	NC	NA

Apêndice XIV – Relatórios de Auditoria Interna e Externa

RELATÓRIO DE AUDITORIA INTERNA

TEMA: Práticas Realizadas de Registos Clínicos em Situações de Violência Doméstica

ÂMBITO: CSP - ACES da Região de Lisboa:

- USF Piloto

DATA DA REALIZAÇÃO / DURAÇÃO: 7 e 8 de Outubro de 2021

OBJETIVOS: Avaliar as práticas de registo em SI e Ficha de Sinalização/Referenciação à EPVA

REFERENCIAL:

Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. C. da. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).

Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica

POPULAÇÃO/AMOSTRA: Todos os utentes inscritos na USF Piloto, que frequentam a consulta de enfermagem ou médica da USF, pelo menos anualmente

AUDITORES: Gestora de Caso (coordenadora da auditoria); 2 Internas de MGF;
Conselho Técnico da USF (1 MGF e 1 Enfermeiro)

METODOLOGIA DE COLHEITA DOS DADOS:

- Foram consultados os registos clínicos em SClínico e RCVA de todos os utentes, da USF Piloto, que durante o período de 1 ano (Agosto 2020 a Agosto 2021) foram referenciados à EPVA.
- Foi construída e utilizada uma Check List de verificação constituída por 9 critérios conforme quadro anexo

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS:

- Foram contabilizados todos os critérios da Check List, registaram-se as respostas SIM, NÃO, NÃO APLICÁVEL e NÃO OBSERVADO, consoante o nível de conformidade obtida em cada um dos critérios.
- O cálculo obteve-se através da soma das respostas SIM dividido pelo número total de critérios aplicáveis
- Foram excluídos os critérios NÃO APLICÁVEL e NÃO OBSERVADO.

Calculou-se o índice de Conformidade por critério através da fórmula:

$$\frac{\text{Nº total de respostas "Sim"}}{\text{Nº de critérios aplicáveis Sim + Não}} \times 100 = \%$$

Como auditoria inicial foi considerado um nível satisfatório cada conformidade > 50%

RESULTADOS OBTIDOS (ver quadro anexo):

O nível de conformidade total global foi de 54%

Dos 9 critérios auditados verificou-se que 5 obtiveram nível de conformidade > 50%, tendo os critérios 5 e 7 obtido um nível de Conformidade Total

O critério 2 foi considerado NA (Não Aplicável) por não se ter observado nenhum caso de MGF nas situações auditadas.

Os critérios que obtiveram um nível de conformidade > 50%, estão relacionados com:

- Para o critério 1= 0%
 - Desconhecimento da Ferramenta informática (RCVA) com referência a necessidade formativa,
 - Ferramenta informática (RCVA) considerada demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após atividade formativa,
 - Sistema informático frequentemente *offline* impossibilitando este registo.
- Para o critério 8= 43%
 - A preocupação com a marcação da consulta posterior ainda pouco sistematizada,
 - Dificuldades na operacionalização a nível informático e também ao nível logístico (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras)
- Para o critério 9= 0%
 - Desconhecimento da Norma de procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD,
 - Norma de procedimento recente e ainda não sistematizada a sua utilização.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES:

- Promover a continuidade da metodologia de gestor de caso para a VD na USF, motivando outros profissionais clínicos para actuação em conformidade.
- Apresentação dos resultados de auditoria em Reunião Geral da USF Piloto
- Relembrar e discutir em Reunião Geral da USF Piloto a Norma de procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD, enviando-a também via email para todos os profissionais da USF;
- Reformular a norma de procedimento, caso seja sentido como necessário pelos profissionais;

- Sensibilizar os profissionais clínicos para o cumprimento da norma de Procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD;
- Promover a continuidade das ações de formação sobre Rastreo de violência interpessoal/Avaliação de risco de VD e uniformização de registos Clínicos em SClinico e RCVA;
- Reauditar

REAVALIAÇÃO: 1º trimestre de 2022

Data: 08/12/2021	ASSINATURA DOS AUDITORES

Anexos

Check List de Auditoria		1	2	3	4	5	6	7
1	Registo de Situação de VD em RCVA	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
2	Registo de situação de MGF em RSE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3	Registo em SClinico de Avaliação de Risco/ rastreo Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	NC	C	NC	C	C	NC	C
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	NC /NA	C	NC /NA	C	C	NC /NA	C
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	C	C	C	C	C	C	C
6	Colaboração com líder clínico/gestor de caso na situação registada	C	C	NC	C	C	NC	C
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	C	C	C	C	C	C	C
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	C	C	NC	NC	NC	C	NC
9	Registo em SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	Observações							

23/08/2021 - Dra. X

10/02/2021 - Dra. G

24/05/2021 - Dra.X

24/05/2021 - Dra. Y

28/04/2021 - Dra. Y e Dr. Z

28/04/2021 - Dra. F

28/04/2021 - Enfa. H

1 NNU

2 NNU

3 NNU

4 NNU

5 NNU

6 NNU

7 NNU

Líder Clínico/Gestor de caso

LEGENDA		
Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
C	NC	NA

Práticas Realizadas de Registos Clínicos em Situações de Violência Doméstica

Nr	Check List de Critérios	S	N	NA	NO	%
1	Registo de Situação de VD em RCVA	0	7	0	0	0%
2	Registo de situação de MGF em RSE	0	0	7	0	NA
3	Registo em SClinico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	4	3	0	0	57%
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	4	3	0	0	57%
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	7	0	0	0	100%
6	Colaboração com gestor de caso na situação registada	5	2	0	0	71%
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	7	0	0	0	100%
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	3	4	0	0	43%
9	Registo em SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento	0	7	0	0	0%
10	Total	30	26	7	0	54%

RELATÓRIO DE AUDITORIA EXTERNA

TEMA: Práticas Realizadas de Registos Clínicos em Situações de Violência Doméstica

ÂMBITO: CSP - ACES da Região de Lisboa:

- USF Piloto

DATA DA REALIZAÇÃO / DURAÇÃO: 19 de Novembro de 2021

OBJETIVOS: Avaliar as práticas de registo em SI e Ficha de Sinalização/Referenciação à EPVA

REFERENCIAL:

Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. C. da. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).

Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica

POPULAÇÃO/AMOSTRA: Todos os utentes inscritos na USF Piloto, que frequentam a consulta de enfermagem ou médica da USF, pelo menos anualmente

AUDITORES: Gestora de projeto (coordenadora da auditoria); 1 Profissional da equipa de projeto (Supervisor da auditoria); Gestora de Caso; 2 Internas de MGF; Conselho Técnico da USF (1 MGF e 1 Enfermeiro)

METODOLOGIA DE COLHEITA DOS DADOS:

- Foram consultados os registos clínicos em SClinico e RCVA de todos os utentes, da USF Piloto, que durante o período de 1 ano (Agosto 2020 a Agosto 2021) foram referenciados à EPVA.
- Foi construída e utilizada uma Check List de verificação constituída por 9 critérios conforme quadro anexo

METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS:

- Foram contabilizados todos os critérios da Check List, registaram-se as respostas SIM, NÃO, NÃO APLICÁVEL e NÃO OBSERVADO, consoante o nível de conformidade obtida em cada um dos critérios.
- O cálculo obteve-se através da soma das respostas SIM dividido pelo número total de critérios aplicáveis
- Foram excluídos os critérios NÃO APLICÁVEL e NÃO OBSERVADO.

Calculou-se o índice de Conformidade por critério através da fórmula:

$$\frac{\text{Nº total de respostas "Sim"}}{\text{Nº de critérios aplicáveis Sim + Não}} \times 100 = \%$$

Como auditoria inicial foi considerado um nível satisfatório uma conformidade > 50%

RESULTADOS OBTIDOS (ver quadro anexo):

O nível de conformidade total global foi de 53%

Dos 9 critérios auditados verificou-se que 5 obtiveram nível de conformidade > 50%, tendo os critérios 5 e 7 obtido um nível de Conformidade Total

O critério 2 foi considerado NA (Não Aplicável) por não se ter observado nenhum caso de MGF nas situações auditadas.

Os critérios que obtiveram um nível de conformidade > 50%, estão relacionados com:

- Para o critério 1= 0%
 - Ferramenta informática (RCVA) considerada demasiado complexa e consumidora de tempo de consulta clínica, mesmo após atividade formativa,
 - Sistema informático frequentemente *offline* impossibilitando este registo.
- Para o critério 8= 43%
 - A preocupação com a marcação da consulta posterior ainda pouco sistematizada,
 - Dificuldades na operacionalização a nível informático e também ao nível logístico (como exemplo: agendas fechadas; inexistência de vagas de consultas, entre outras)
- Para o critério 9= 0%
 - Desconhecimento da Norma de procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD,
 - Norma de procedimento recente e ainda não sistematizada a sua utilização.
- Em relação ao critério 6 - 67%
 - Diminuição da avaliação do nível de conformidade, em relação à auditoria interna, em virtude de uma das situações observadas ser referente ao próprio gestor de caso, logo nesse caso ter sido considerada NA.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES:

- Promover a continuidade da metodologia de gestor de caso para a VD na USF, motivando outros profissionais clínicos para actuação em conformidade.
- Apresentação dos resultados de auditoria em Reunião Geral da USF Piloto
- Relembrar e discutir em Reunião Geral da USF Piloto a Norma de procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD, enviando-a também via email para todos os profissionais da USF;

- Reformular a norma de procedimento, caso seja sentido como necessário pelos profissionais;
- Sensibilizar os profissionais clínicos para o cumprimento da Norma de procedimento interno de intervenção e de avaliação de risco de VD;
- Promover a continuidade das ações de formação sobre Rastreamento de violência interpessoal/Avaliação de risco de VD e uniformização de registos Clínicos em SClínico e RCVA;
- Reauditar

REAVALIAÇÃO: 1º semestre de 2022

	ASSINATURA DOS AUDITORES
Data: 12/12/2021	

Anexos

Check List de Auditoria		1	2	3	4	5	6	7
1	Registo de Situação de VD em RCVA	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
2	Registo de situação de MGF em RSE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3	Registo em SClínico de Avaliação de Risco/ rastreio Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	NC	C	NC	C	C	NC	C
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	NC /NA	C	NC /NA	C	C	NC /NA	C
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	C	C	C	C	C	C	C
6	Colaboração com líder clínico/gestor de caso na situação registada	C	NA	NC	C	C	NC	C
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	C	C	C	C	C	C	C
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	C	C	NC	NC	NC	C	NC
9	Registo em SClínico e RCVA conforme Norma de Procedimento	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
10	Observações							

23/08/2021 - Dra. X 10/02/2021 - Dra. G 24/05/2021 - Dra. X 24/05/2021 - Dra. Y 28/04/2021 - Dra. Y e Dr. Z 28/04/2021 - Dra. F 28/04/2021 - Enfa. H
 1 NNU 2 NNU 3 NNU 4 NNU 5 NNU 6 NNU 7 NNU
 Líder Clínico/Gestor de caso

LEGENDA		
Conforme	Não Conforme	Não Aplicável
C	NC	NA

Práticas Realizadas de Registos Clínicos em Situações de Violência Doméstica

Nr	Check List de Critérios	S	N	NA	NO	%
1	Registo de Situação de VD em RCVA	0	7	0	0	0%
2	Registo de situação de MGF em RSE	0	0	7	0	NA
3	Registo em SClinico de Avaliação de Risco/ rastreo Violência Interpessoal (Avaliação inicial e avaliação familiar)	4	3	0	0	57%
4	Registo de procedimentos realizados após avaliação de risco	4	3	0	0	57%
5	Sinalização/referenciação à EPVA através da ficha pré-existente e normalizada	7	0	0	0	100%
6	Colaboração com gestor de caso na situação registada	4	2	1	0	67%
7	Situação encaminhada para as entidades competentes, segundo as necessidades avaliadas	7	0	0	0	100%
8	Marcação de nova consulta para acompanhamento da Situação	3	4	0	0	43%
9	Registo em SClinico e RCVA conforme Norma de Procedimento	0	7	0	0	0%
10	Total	29	26	8	0	53%

Apêndice XV – Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

Aprovação
RCG USF 24 Novembro 2021

Aprovação Técnica
Conselho Técnico da USF Piloto

Elaboração
Coordenadora projeto e Gestora de caso na USF piloto
Coordenação
Gestora de Caso na USF

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			1/2

	Procedimento setorial	COD.0000
	Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	
Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica		

1 OBJETIVO GERAL

Implementar a metodologia de gestor de caso para a Violência Doméstica; uniformizar procedimentos.

✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a VD como um problema clínico de saúde;
- ✓ Capacitar os enfermeiros e os médicos da USF piloto como gestores de caso, na prevenção da VD;
- ✓ Promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClínico), pelos gestores de caso e restante equipa, na USF piloto;
- ✓ Reforçar as competências dos profissionais de saúde para concretizar o rastreio uniformizado e sistemático da VD;
- ✓ Identificar precocemente Situações de perigo/ risco e proceder ao seu encaminhamento e acompanhamento;

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Procedimento médico e de Enfermagem na USF [REDACTED]

3 RESPONSABILIDADES

Gestora de projeto, gestoras de caso médica e enfermeira, e todos profissionais clínicos da USF

4 DESCRIÇÃO

A Violência doméstica é descrita como um grave problema de saúde pública de complexa abordagem em contexto de CSP, sendo que as enfermeiras desempenham um papel importante no reconhecimento e na resposta ao fenómeno (Bradbury-Jones, 2015). Possuem o conhecimento sobre violência doméstica, mas não têm segurança suficiente para questionar os utentes, clientes e estudantes/colegas, de forma a identificar as situações. À medida que os profissionais em CSP realizam visitas domiciliárias, trabalham com e para a comunidade, desempenham um papel importante no início de conversas determinantes sobre assuntos domésticos e violência doméstica, podendo e devendo utilizar suas competências relacionais para melhorar os resultados de saúde pública tanto para as crianças, como para as famílias (Bradbury-Jones, 2015; A. P. Carmona et al., 2021; A. P. R. Carmona et al., 2021).

Considera-se que as situações de Violência Doméstica sofridas estão subnotificadas na USF, pois não existem implementados processos eficientes de registo, que forneçam informações de forma a permitir a continuidade de cuidados através do plano de segurança e resultante prevenção da perpetuação da VD. Nesta USF também não se encontravam implementados sistemas de rastreio ou planos de avaliação de risco para a prevenção da VD, durante as consultas Médicas e de Enfermagem, nas várias valências de saúde familiar.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			2/2

	Procedimento setorial	COD.0000
	Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

A inexistência de uniformização e sistematização nos registos clínicos em SClinico, para a continuidade dos cuidados, para além do registo RSE (Registo de Saúde Eletrónico); tal como a ausência de abordagem de uma avaliação de risco para a VD, por parte dos profissionais clínicos, levava-nos a tomar conhecimento da situação quando esta já se encontrava instalada. Eventualmente, ao tomarmos conhecimento da situação de violência doméstica ou realizarmos uma avaliação de risco, é essencial o registo da mesma e das medidas adoptadas (em conjunto com o utente) para a evicção e não perpetuação da mesma.

Pretende-se documentar todas as intervenções no âmbito das situações de VD e evidenciar a melhoria dos registos efetuados, como instrumento facilitador para a comunicação interprofissional e o conhecimento objetivo da situação. Pretende-se permitir a acessibilidade aos profissionais clínicos nos vários níveis das estruturas da saúde, para a continuidade de cuidados, funcionando em rede, para que se possa assim intervir atempadamente em resposta as necessidades das vítimas, antecipando a atuação do agressor e prevenindo a revitimização.

-A EPVA toma conhecimento das situações através do formulário de Notificação/Referenciação, enviado pelo profissional de saúde que identificou a situação de violência preenchido adequadamente.

-Os profissionais clínicos realizam sistemática e uniformizadamente do rastreio de risco de VD

-Os profissionais clínicos registam em SClinico e RSE – RCVA; tal como participam ou colaboram com o Gestor de caso (se necessário)

-Existência da Realização de um dia temático anual sobre prevenção da VD (25 de Novembro)

-Fornecem aos utentes os folhetos/panfletos elaborados sobre a prevenção da VD em consulta médica e de enfermagem

- Utilizam os plasmas nas salas de espera para visionamento de vídeos sobre prevenção de VD

Implementar a utilização da Norma de procedimento interno de intervenção e avaliação de risco da violência doméstica na USF piloto para avaliação da situação, atuação em conformidade, acompanhamento da vítima e agressor e ainda interligação (sempre que necessário) com os parceiros EPVA e Gestor de caso.

Principais atividades do Gestor de caso:

-Motivação para a realização rastreio de avaliação de risco de VD e documentar em SClinico, em consulta médica e/ou enfermagem, aos utentes abrangidos pela USF, Gestor de caso e Enfermeiro/médico de família.

-Monitorização e acompanhamento dos profissionais de saúde, do processo e sugestão de implementação de melhorias necessárias (em consulta ao utente, em registos clínicos e notificações)

Para que o gestor de caso seja bem sucedido é necessário que o trabalho seja realizado por uma equipa robusta, que trabalhe em rede e com facilidade de comunicar de forma célere e eficaz: A Equipa de Gestão de casos (Arnold, 2019).

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			3/2

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

5 DEFINIÇÕES

Violência Interpessoal - um problema de saúde Clínico, para além de um problema de Saúde Pública.

EPVA -Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (Despacho n.º 10/2019, de 22 de abril) enquadra um modelo de intervenção integrada sobre a violência interpessoal ao longo do ciclo de vida, a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida.

Competências da EPVA:

- a) Promoção da prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- b) Colaboração em projetos comunitários que contribuam para a prevenção, acompanhamento e/ou resolução de casos de violência;
- c) Formação dos profissionais para a identificação, análise e intervenção em situações de violência;
- d) Sensibilização sobre a importância da notificação;
- e) Consultoria aos profissionais e equipas de saúde sobre o acompanhamento dos casos;
- f) Articulação funcional e intervenção integrada com a EPVA do Hospital [REDACTED], Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) entre outros organismos parceiros do Concelho [REDACTED];
- g) Mobilização e dinamização da rede social de modo a assegurar as condições necessárias para o acompanhamento dos casos em rede;
- h) Colaboração em deliberações de carácter normativo, técnico e legal
- i) Gestão, a título excecional, de situações clínicas que pelas características ou pelo carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam a capacidade de intervenção dos outros profissionais ou equipas.
- j) Receber e analisar as notificações feitas à EPVA, bem como fornecer dados agregados de casuística ao observatório concelhio RIIVA e DGS,
- k) Identificar áreas prioritárias de atuação na temática da violência.

Plano Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida pretende reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus-tratos a crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida.

promover a literacia e prevenir a violência, desenhando campanhas e intervenções que contribuam para a mudança de comportamentos da sociedade e para a progressiva intolerância social face ao fenómeno. Sensibilizar e formar os profissionais de saúde para a deteção, o mais precoce possível, de fatores de risco e de perigo de ocorrência

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			4/2

	Procedimento setorial	COD.0000
	Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

de situações de violência interpessoal, de modo que a resposta possa ser atempada e eficaz.

Gestor de Caso - desenvolve um processo colaborativo de avaliação, planeamento, facilitação, coordenação, com gestão e monitorização de cuidados, tal como “*advocacy*”. Implica atuar como facilitador junto dos indivíduos e famílias, tal como junto dos profissionais que deles cuidam, propondo-lhes opções para as suas necessidades de saúde e comunicando-lhes os recursos disponíveis de forma a promover também resultados eficazes de custo/qualidade (Stanhope & Lancaster, 2016).

O gestor de caso usa os recursos disponíveis e a comunicação de forma a promover ganhos em saúde. É através da qualidade e do equilíbrio entre custo-eficácia que pretende atingir o *Triplo Objetivo*: A melhoria da experiência dos cuidados prestados, a melhoria da saúde das populações e a redução dos custos, per capita, dos cuidados de saúde. (Commission for Case Manager Certification, 2021)

Funções, actividades e os princípios orientadores à prática de gestão de casos – Case Management Body Of Knowledge (CMBOK) (Commission for Case Manager Certification, 2021):

- A gestão de caso é uma prática interdependente de uma especialidade interdisciplinar, não sendo considerada uma profissão.
- Utiliza a “*advocacy*”, a comunicação, a formação, a identificação dos recursos e a facilitação do serviço, com o objetivo de promover a autonomia e melhorar a saúde e bem-estar dos utentes.
- A gestão de casos baseia-se nos princípios éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, veracidade e equidade.
- Gestores de caso provêm de diferentes campos de exercício profissional dentro das profissões de saúde e serviços humanos, incluindo enfermagem e medicina.
- Gestores de caso trabalham com a finalidade de resultados de qualidade para o utente, comprometendo-se com a utilização adequada de recursos e o empoderamento dos utentes de forma objetiva e de acompanhamento.
- O primeiro dever do gestor de caso é para com os seus utentes, coordenando cuidados seguros, atempados, eficazes, eficientes, equitativos e centrados no indivíduo.
- O Processo de Gestão de Caso centra-se nos utentes e seus sistemas de suporte. É holístico na abordagem das situações dos utentes as necessidades médicas, físicas, funcionais, emocionais, financeiras, psicossociais, legais, comportamentais, espirituais entre outras; tal como nas dos seus sistemas de suporte.
- O Processo de Gestão de Casos é adaptativo às definições práticas do gestor de caso e aos serviços de saúde e humanos.
- Os gestores de casos abordam de forma colaborativa a prestação de serviços ao utente.
- Os objetivos da gestão de caso são, em primeiro lugar, a melhoria do estado clínico, funcional, emocional e psicossocial do utente.
- O Gestor de caso facilita o utente a alcançar o bem-estar e autonomia através da “*advocacy*”, apreciação abrangente, planeamento, comunicação, educação em saúde, gestão de recursos, acessibilidade e simplificação de serviços sempre com

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			5/2

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

utilização de directivas ou padrões baseados em evidência científica. Visualizando as crenças e valores culturais e as necessidades dos utentes e seus sistemas de apoio; colaborando com todos os prestadores de serviços (tanto profissionais de saúde como outros), os gestores de casos ligam os utentes aos prestadores de cuidados e aos recursos adequados no continuum dos serviços de saúde e humanos. Fazem-no certificando-se que os cuidados prestados são seguros, eficazes, centrados no cliente, atempados, eficientes e equitativos; abordagem que alcança os melhores resultados desejáveis para todas as partes interessadas.

- As actividades do gestor de caso são otimizadas quando realizadas num ambiente que permite comunicação direta, aberta e honesta, colaboração entre o gestor de caso, o sistema utente e o seu suporte, o prestador de cuidados de saúde primários, o prestador de cuidados especializados, e todos os outros profissionais de prestação de serviços.
- Os gestores de casos melhoram os serviços e os seus resultados associados, mantêm a privacidade, a confidencialidade, saúde e segurança dos utentes através da “advocacy”, adesão a normas e regulamentos, orientações éticas e legais, de acreditação, certificação, conforme descrito nas definições da prática.
- Os gestores de casos devem possuir conhecimentos, competências e experiências necessárias para prestar serviços adequados, seguros e de qualidade aos seus utentes e sistemas de suporte.
- Os gestores de casos devem demonstrar um sentido de compromisso e obrigação para manter os conhecimentos e competências atualizados. (Commission for Case Manager Certification, 2021)

O **Quadro de Conhecimento do Gestor de Caso** adaptado de Commission for Case Manager Certification's CMBOK® na **Figura 1**, tal como o **Processo** de gestão de caso que consiste em nove fases através das quais os gestores de caso prestam cuidados aos seus utentes. O processo global é interativo, não linear e cíclico, sendo as suas fases revisitadas conforme necessário até que o resultado desejado seja alcançado (Commission for Case Manager Certification, 2021).

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			6/2

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

Figura 1 - Conhecimento do Gestor de Caso segundo a CCMC



Fonte: <https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>

Para que o gestor de caso seja bem sucedido é necessário que o trabalho seja realizado por uma equipa robusta, que trabalhe em rede e com facilidade de comunicar de forma célere e eficaz: A Equipa de Gestão de casos (Arnold, 2019).

6 SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de centros de Saúde

AONE – *American Organization of Nurse Executives*

ASGVCV - Ação de Saúde sobre Género Violência e Ciclo de Vida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CCMC – Commission for Case Manager Certification's

DGS – Direção Geral da Saúde

EPVA – Equipa de Prevenção da Violência no Adulto

NACJR – Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco

PNPVCV – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

RCG – Reunião de Conselho Geral

RCVA – Registo Clínico de Violência em Adultos

RIIVA – Rede Integrada de Intervenção na Violência na comunidade

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SAEVV – Serviço de Atendimento e acompanhamento a Vítimas de Violência

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UF – Unidade Funcional

USF/UCSP – Unidade de Saúde Familiar/ Unidade de Cuidados de Saúde personalizados

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			7/2

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

VD – Violência Doméstica

7 REFERÊNCIAL

Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde (Direção-Geral da Saúde, Ed.) (Prazeres et al., 2014)

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnold, S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, 49(9), 43–45.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83>
- Bradbury-Jones, C. (2015). Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors. *Community Practitioner*, 40–43.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=111186088&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Carmona, A. P., Quaresma, G., & Lucas, P. R. M. B. (2021). Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da Violência Doméstica – Revisão Integrativa. *New Trends in Qualitative Research - Investigação Qualitativa Em Saúde: Avanços e Desafios*, 8, 106–113.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113>
- Carmona, A. P. R., Quaresma, M. da 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>
- Prazeres, V., Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. C. da. (2014). *Violência interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing - Population Centered Health Care in the Community* (Elsevier, Ed.; 9th ed.).

9 ANEXO

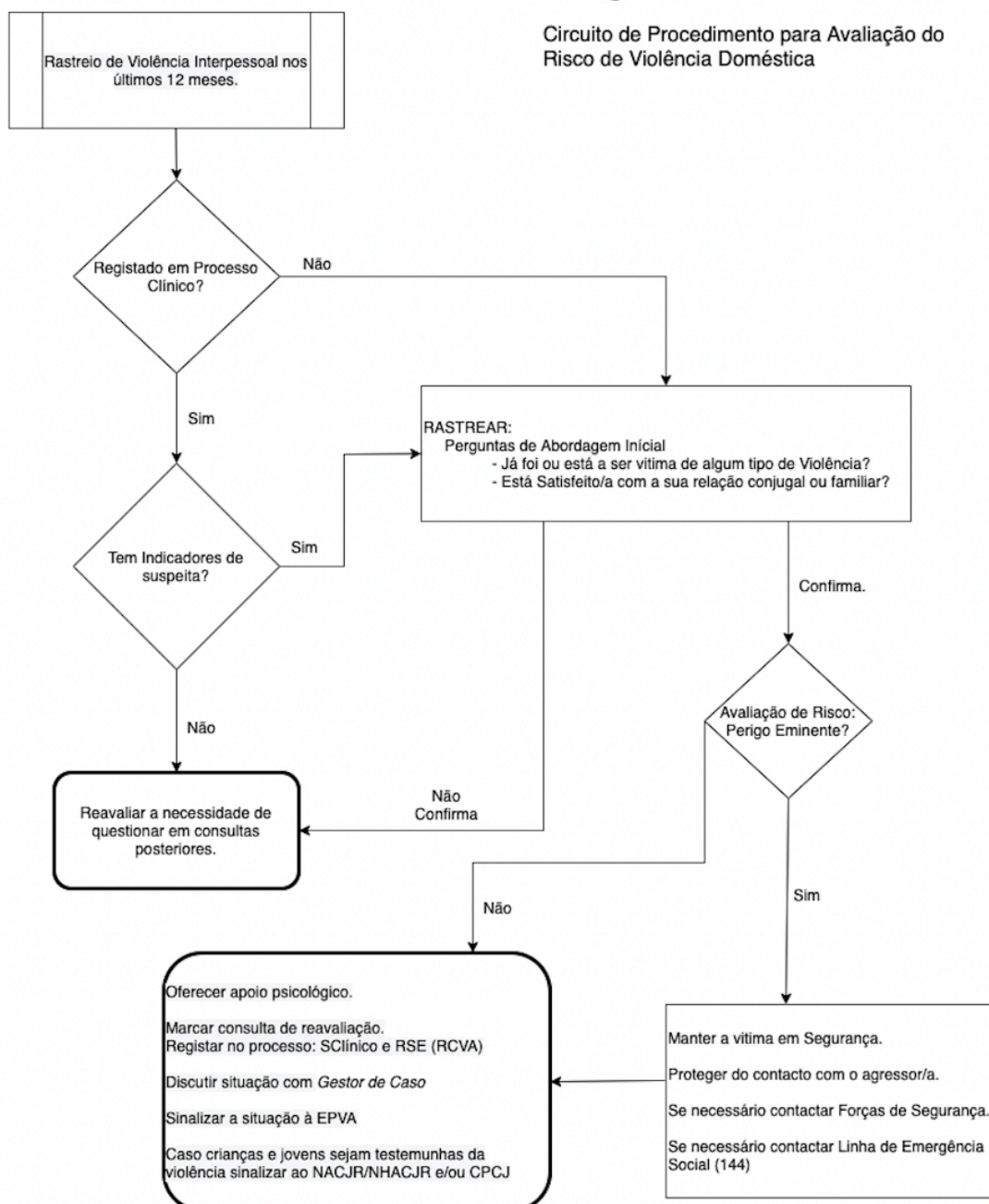
Fluxograma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			8/2

	Procedimento setorial Promoção de boas práticas de intervenção dos profissionais de saúde na USF, para situações de violência doméstica	COD.0000
	Norma de Procedimento Interno de Atuação para Avaliação de Risco e Acompanhamento de Utentes em Situação de Violência Doméstica	

Fluxograma

Circuito de Procedimento para Avaliação do Risco de Violência Doméstica



	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			9/2

Apêndice XVI – Comemoração do Dia Internacional da Prevenção da Violência contra a Mulher

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres




25 Novembro 2021



1

"O Impacto da Violência Doméstica na Saúde Mental das Vítimas"



Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

2

Violência Doméstica
O que é?

"Violência é 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."

Organização Mundial da Saúde

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

3

Violência Doméstica

Todos os atos de violência física, sexual, psicológica ou económica que ocorrem no seio da família ou do lar ou entre cônjuges ou ex-cônjuges ou parceiros, quer o agressor coabite ou tenha coabitado, ou não, com a vítima.

Artigo 3º Convenção de Istambul 2011, Conselho da Europa 2013

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

4

Violência Doméstica

"violência contra as mulheres" é uma violação dos direitos humanos, uma violência de género e uma discriminação contra as mulheres.

São todos os atos de violência que resultem, ou possam resultar, em danos ou sofrimento de natureza física, sexual, psicológica ou económica para as mulheres, incluindo a ameaça, a coerção ou a privação da liberdade.

Artigo 3º Convenção de Istambul 2011

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

5

Violência Doméstica


Princípios Éticos:

- Princípio da defesa dos Direitos Humanos
- Princípio da igualdade e da não discriminação
- Princípio da autonomia da vontade e do consentimento
- Princípio da confidencialidade e do anonimato
- Princípio da segurança

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

6

Violência Doméstica



Ciclo da Violência

1. Pressões, hábitos, etc.
2. O agressor começa a agir em segredo
3. Crise de tensão
4. O agressor utiliza o seu poder físico, psicológico, económico, etc.
5. O ciclo de violência volta a repetir-se

Federación Española de Municipios y Provincias (2012) Propuesta de intervención integral en el ámbito local contra la violencia sobre la mujer. Madrid: Federación Española de Municipios y Provincias.
Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021


7

Violência Doméstica

Crime Público - Artigo 152º do Código Penal

Grave problema de Saúde Pública
-Magnitude
-Frequência

Fenómeno Multifactorial Triáde



Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

8

Violência Doméstica

Tipologia da Violência:

- Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida);
- Comportamento suicida ou auto-mutilação
- Violência interpessoal;
- Violência da família e de parceiro(a) íntimo(a) - ocorre entre os membros da família e parceiros íntimos.
- Violência comunitária - ocorre entre pessoas sem laços de parentesco
- Violência coletiva
- Pode ser social, política ou económica

Dia Internacional pela Eliminação da Violência Contra as Mulheres - 25 Novembro 2021

9

Violência Doméstica
Tipologia da Violência:

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

10

Violência Doméstica
Tipologia da Violência:

- **Violência interpessoal**
 - Violência nas relações de intimidade
 - Violência nas relações familiares
- Violência sexual
- Bullying
- Stalking/perseguição
- Mobbing
- Tráfico de seres humanos

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

11

Violência Doméstica
Tipologia da Violência:

- **Violência interpessoal**
 - Situações específicas:
 - Violência de Género - Mutilação Genital Feminina (MGF/C)
 - Violência contra pessoas com deficiência/incapacidade

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

12

Violência Doméstica
Natureza da Violência:

- Violência física;
- Violência sexual;
- Violência psicológica;
- Violência que envolve negligência ou privação.

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

13

Violência Doméstica
Natureza da Violência

- A **violência física** refere-se às ações levadas a cabo com a **intenção de causar dor ou lesões físicas**;
 - Crime contra a pessoa
 - Crime contra a integridade física
 - Crime contra a vida

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

14

Violência Doméstica
Natureza da Violência

- A **violência sexual** abrange todos os tipos de contacto sexual não consentido e os actos sexuais não consentidos. O contacto sexual com qualquer pessoa incapaz de dar o seu consentimento também é considerado como um abuso sexual

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

15

Violência Doméstica
Natureza da Violência

- A **violência psicológica ou emocional** refere-se às ações ou palavras que são ofensivas, que reprovam intencionalmente as opiniões, valores e ações da mulher e que atacam a sua integridade psíquica. Inclui todas as ações levadas a cabo com a intenção de causar dor emocional, angústia ou desespero.

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

16

Violência Doméstica
Natureza da Violência

- A **negligência/privação** reflete o fracasso de uma pessoa prestadora de cuidados em dar resposta às necessidades de um dependente, ou seja, é o fracasso dos responsáveis por providenciar comida, abrigo, cuidados de saúde, proteção e apoio emocional a uma pessoa vulnerável.

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

17

Violência Doméstica
Natureza da Violência

- A **Exploração financeira/Violência Económica** é muitas vezes usada como um meio para controlar permanentemente a mulher e está frequentemente associada a outros comportamentos violentos;

Diário Internacional para Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2017

18

Violência Doméstica

Violência e Saúde Mental: IMPACTO INFLUENCIADO POR VÁRIOS FACTORES

- a saúde psicológica anterior ao evento;
- a natureza do conflito;
- a forma de trauma (se é resultado de viver a experiência e assistir a atos de violência ou se é diretamente infligido, como no caso de tortura e de outros tipos de violência repressiva);
- a resposta ao trauma por indivíduos e comunidades;
- o contexto cultural em que ocorre a violência.

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

30

Violência Doméstica

Violência e Saúde Mental: CONSEQUÊNCIAS

Mulheres

Desalojamento, forçado ou voluntário; Perda e desgosto; Isolamento social; Incapacidade para trabalhar; Perda de salários; Perda de actividades regulares, e dificuldade em cuidar de si e dos filhos.

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

31

Violência Doméstica

Violência e Saúde Mental: CONSEQUÊNCIAS

Crianças

Abuso de substâncias, Déficit cognitivo, Comportamentos delinquentes, Depressão e ansiedade, Atrasos no desenvolvimento, Perturbações alimentares e do sono, Sentimentos de vergonha e culpa, Agitação psicomotora, Fracas competências relacionais, Baixo rendimento escolar, Baixa auto-estima, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbações psicossomáticas, Comportamentos suicidas ou auto-lesivos

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

32

Crenças e Mitos em Relação à Vítima

- A vítima mantém-se na relação porque quer.
- As vítimas tem baixa autoestima.
- As vítimas são dependentes
- Apresentação de denúncia é quanto basta para terminar a VRI.
- Não vale a pena intervir porque a maioria das vítimas regressa à relação.

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

33

Crenças e Mitos em Relação ao agressor

- Os/as agressores são pessoas com problemas de saúde mental e/ou com consumo excessivo de álcool.
- Os/as agressores são manipuladores.
- O consumo de álcool ou drogas é que faz com que seja violento.
- ... mas é um bom pai/mãe!
- São pessoas más e cruéis.

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

34

Violência Doméstica

Roda do Poder e Controlo

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

35

Violência Doméstica

Roda da Igualdade

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

36

Violência Doméstica

Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas:

PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- Ameaça ou uso de armas e/ou disponibilidade de acesso;
- Ameaças ou tentativa de homicídio da vítima ou de figuras significativas;
- Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima;
- Maus tratos a crianças e jovens ou outros elementos da família;
- Lesões graves em incidentes anteriores;

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

37

Violência Doméstica

Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas:

PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflitos, separação/divórcio);
- Ameaças ou assédio/perseguições/stalking (incluindo em caso de separação);

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 15 Novembro 2021

38

Violência Doméstica
Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas:

PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- Manifestação de ciúmes extremos, controlo obsessivo da atividade diária (onde vai, com que está, que dinheiro tem);
- Morbilidade psiquiátrica/psicopatologia no/a agressor/a;
- Atitudes extremas de dominância e poder: vítima como propriedade;

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

40

Violência Doméstica
Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas:

PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- Ameaças ou perseguições, mesmo depois de uma separação;
- Agravamento das estratégias de isolamento;
- Consumo de álcool ou outras substâncias por parte do/a agressor/a;

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

41

Violência Doméstica
Sinais de Alerta relativamente a relações potencialmente violentas:

PRESENÇA DE INDICADORES DE RISCO, AVALIADO EM CONJUNTO COM A VÍTIMA:

- Comportamento violento generalizado a outros contextos;
- Diminuição ou ausência de remorso por parte do/a agressor/a;
- Historial de crimes do/a agressor/a;
- Violação de ordens judiciais pelo/a agressor/a (liberdade condicional, medidas de coação)

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

42

Violência Doméstica
O que fazer quando são identificadas situações de violência?

ACTUAÇÃO

```

    graph TD
      A[ACTUAÇÃO] --- B(Proteger a vítima)
      B --- C(Intervir no Risco)
      B --- D(Evitar a Recorrência)
  
```

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

43

Violência Doméstica
Princípios orientadores para a resposta à violência:

- A segurança da pessoa deve ser uma prioridade;
- Qualquer intervenção não deve causar mais danos;
- Não se deve agir isoladamente;
- As utentes devem ser apoiadas no sentido do auto-empoderamento;
- Respeitar os valores das utentes;
- Abordagem multidimensional e intersectorial.

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

44

PNPVCV
Programa Nacional de Prevenção da Violência no Círculo da Vida

- Garantir a deteção precoce de fatores de risco e de situações de violência interpessoal;
- Assegurar, perante situações de violência interpessoal, uma intervenção adequada, atempada e articulada;
- Promover a literacia sobre direitos humanos no âmbito das relações interpessoais e uma cultura de não-violência.

DL n.º 20/2019, Série I de 2019-10-21, Pág. 134 8492/2019
Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

45

Violência Doméstica
Como e a Quem Recorrer:

FAMÍLIA ON
PREVENÇÃO

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA TAMBÉM É UM PROBLEMA DE SAÚDE

Nos Centros de Saúde e Hospitais
As nossas equipas podem ajudar

<https://www.asustadas.com/whatdov10k75u4e93>
<https://www.povulab.com/whatdov10k75u4e93>

Dia Internacional pela Eliminação da Violência
Contra as Mulheres - 19 Novembro 2021

46

ENQUANTO HOUVER UMA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, NÃO VAI FICAR TUDO BEM.

SMS 2060 ou LIGAR 112 ou 800 202 148

24 HORAS
DE SERVIÇO
DE EMERGÊNCIA
DIÁRIA E À NOITE

PNPVCV
Programa Nacional de Prevenção da Violência no Círculo da Vida

47

Apêndice XVII – Protocolo de Implementação do Projeto Piloto

Protocolo Projeto de Intervenção para MCQ na resposta à Violência Interpessoal com USF

- Identificação e descrição do problema

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 ainda as repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades. 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 (Taft et al., 2012).

Os profissionais de saúde são elementos essenciais para o acesso aos cuidados de saúde, tal como, para a realização da promessa de “não deixar ninguém para trás” (World Health Organization, 2020). Fornecem uma contribuição central, rumo ao esforço global para alcançar os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável** (ODS), para atingir as metas nacionais e globais, relacionadas com as prioridades de saúde, incluindo a cobertura universal de saúde, saúde mental, prontidão e rapidez da resposta a emergências, à segurança do utentes e à prestação de cuidados integrados e centrados na pessoa (World Health Organization, 2020).

O fenómeno da violência doméstica, enquanto emergência de saúde, deve ser entendido como de intervenção comunitária, promotora da segurança do doente e familiares, perante o agressor, face aos números de mortes de mulheres por VD, que ocorrem atualmente. Uma intervenção multidisciplinar e individual, através da implementação da metodologia gestor de caso, para a situação de VD, pode contribuir para melhorar a prestação de cuidados de saúde (Martins et al., 2020).

Para uma intervenção eficaz à família, por ser difícil criar uma relação de confiança com indivíduos agressivos e abusivos, os profissionais clínicos podem atuar como gestores de caso, coordenando, mobilizando e acompanhando os profissionais de saúde, parceiros e interlocutores envolvidos (Stanhope & Lancaster, 2016).

Segundo a evidência científica, a maioria dos diferentes tipos de programas implementados de assistência a mulheres em situações de saúde complexas, tal como são as vítimas de Violência Doméstica, apresenta resultados bastante positivos, tendo sido considerados como benéficos para as mesmas (Sprague et al., 2017), para as suas famílias e para as comunidades, com ganhos em saúde e consequente redução dos custos das organizações.

Da prática clínica ocorrem muitas situações de VD que, quando chegam ao conhecimento dos profissionais já foram transpostas todas as fases de risco, para uma situação de violência efetiva, já sofrida e que coloca a descoberto a segurança de todos os envolvidos.


O Despacho n.º 9494/2019, vem estabelecer o PNPVCV, com o objetivo de reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção referentes à violência interpessoal, pretendendo assim: *“garantir a deteção precoce de fatores de risco e de situações de violência interpessoal; assegurar, perante situações de violência interpessoal, uma intervenção adequada, atempada e articulada; tal como promover a literacia sobre direitos humanos no âmbito das relações interpessoais e uma cultura de não-violência”*. Veio ainda reforçar a importância da reorganização dos serviços de saúde de forma a melhorar procedimentos, registos, formação e capacitação dos profissionais, de forma a reforçar os mecanismos de sinalização e atendimento precoce a vítimas de violência contra as mulheres e violência doméstica.

A equipa de projeto e os profissionais da USF pretendem, enquadrar um modelo de Intervenção integrada baseado no PNPVCV através da implementação da metodologia de médico, ou de enfermeiro gestor de caso, de forma a desenvolver competências profissionais, e uma cultura organizacional (Lopes et al., 2012) de resposta interna e externa, em parcerias, às vítimas de VD e agressores.

PROBLEMA:

- Aumento de situações de VD, na área de intervenção do ACES, com necessidade de intervenção em Cuidados de Saúde Primários,
- Situações detectadas tardiamente, apenas com a VD já instalada,
- Diminuição de notificações de situação de VD à EPVA de 2019 a 2020,
- Escassez de registos de situações de risco de forma a prevenir a VD e a revitimização,
- Necessidades formativas dos profissionais de saúde da USF,
- Inexistência de Normas de procedimento de atuação perante a situação de VD assim como de rastreio e avaliação de risco, para a prevenção.

• Objetivos do projeto

O objetivo geral é implementar a metodologia de gestor de caso, na USF  USF Piloto.

Os objetivos específicos são:

- Sensibilizar os profissionais de saúde da USF para a identificação da VD como um problema de saúde;
- Capacitar os enfermeiros e os médicos da US como Gestores de caso, na prevenção da VD;
- Promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClinico), pelo gestor de caso e restante equipa, na USF piloto;
- Formar e sensibilizar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da execução do rastreio de risco de VD;
- Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro e médico gestor de caso, na USF Piloto.

• Estratégia

- Desenvolver ações de formação para Gestores de Caso em Violência Doméstica, prevenção e intervenção à vítima e agressor na USF piloto.
- Dotar a Unidade Funcional (UF) com pelo menos um profissional Gestor de Caso, formado em Prevenção da Violência Doméstica, com competências para replicar formação, capacitar e acompanhar os colegas, no âmbito da intervenção, fazendo a ligação com a EPVA, equipa de projeto e restantes parceiros comunitários.
- Elaborar Norma de Procedimento Interno para uniformização e sistematização da prestação de cuidados em situação de VD, assim como de rastreio prevenção da VD, (sistematizar rastreio e desenvolver plano de atuação e proteção com o utente e sua família).
- Formar, capacitar e incentivar os profissionais da UF para a realização do registo em SClinico, do risco e em RSE-RCVA da situação de VD.

• Impacto

É primordial a adoção de medidas preventivas e de rastreio para a deteção precoce e avaliação do risco/perigo, tal como para o encaminhamento e sinalização das vítimas de VD e agressores, por parte dos profissionais de saúde que estabelecem uma relação de confiança com os seus utentes, de forma a evitar a escalada de violência. Os profissionais

de saúde trabalham com e para a comunidade, mobilizando as suas competências clínicas e relacionais para melhorar os resultados em saúde pública, tanto para as crianças, como para as suas famílias, inviabilizando o ciclo de escalada da violência. (Bradbury-Jones, 2015).

Competências do Gestor de caso:

Para Silva (2017) o Gestor de caso para além de se manter atualizado sobre as questões que influenciam a sua prática profissional, também deve ter sempre presentes os seus deveres jurídicos, ou seja, pode fazer a diferença ao ponto de salvar uma vida, através dos registos e da notificação das situações de risco/perigo (Silva et al., 2017), atuando como elemento de interligação entre as equipas de saúde e os restantes parceiros que interagem em situações de VD.

O Gestor de caso pode ter concomitantemente um importante papel na capacitação da comunidade para implementar estratégias que interrompam a perpetração da VD (Muller, 2014), prevenindo a mesma e dando respostas eficazes e eficientes à vítima, agressor e família.

• Descrição Narrativa das Atividades e Calendarização

- Realização de plano de formação:

- para maior sensibilização dos profissionais para o problema de saúde da VD e maior conhecimento, sobre a temática para uma intervenção precoce.
- para a uniformização de registos – Em SClínico para que todos os profissionais clínicos realizem avaliação de risco aos utentes, de forma sistematizada (Rastreio), em consulta de enfermagem e consulta médica e ainda em RCVA caso de situação de VD.
- para que todos os enfermeiros/médicos de família, tal como o gestor de caso notifiquem, tanto as situações ocorridas de VD, como as de perigo, à EPVA.

- Existência pelo menos um Gestor de caso para da VD, interligando com a equipa de projeto.

- Adaptação do espaço físico de atendimento de forma a obter maior tranquilidade e privacidade em consulta ao utente vítima ou em situação de perigo de VD.

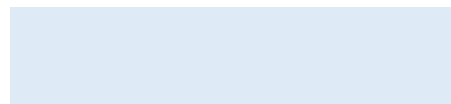
- Elaboração de Norma de procedimento, com formas de atuação em situação de VD e Fluxograma de Intervenção para avaliação de risco.

- Realização do dia temático anual sobre Prevenção da Violência Doméstica, adequado às características da população inscrita, trabalhando com e para a comunidade/ população inscrita na USF.

- Utilização dos plasmas das salas de espera para visionamento de vídeos existentes sobre a temática, da DGS ou restantes parceiros.
- Existência de folhetos/panfletos a fornecer ao utente em consulta sobre medidas preventivas e como e onde recorrer em caso de risco.
- Existência de Check List para as auditorias, interna e externa.
- Realização de atas/ notas de reunião, em todas as reuniões (internas e externas) para monitorização da evolução do projeto.

<i>Etapas do Processo</i> <i>Planeamento em Saúde-PDCA</i>	Identificar e descrever o problema	Perceber o Problema e Dimensioná-lo	Formular Objetivos Iniciais	Perceber as Causas	Planear e Executar as Tarefas/actividades	Verificar os Resultados	Propor Medidas Corretivas, Standartizar e treinar a Equipa
Diagnóstico da Situação	Reunião de Equipa EPVA - Pesquisa de Consenso Junho 2020	Reunião de Equipa EPVA - Técnica do Grupo Nominal Brainstorming Julho 2020	Reunião de Equipa EPVA Julho 2020	Revisão da Literatura; Consulta de peritos 2020/2021			
Definição de Prioridades	Reunião de Equipa EPVA - Pesquisa de Consenso Junho 2020	Reunião de Equipa EPVA - Técnica do Grupo Nominal Brainstorming Julho 2020	Reunião de Equipa EPVA Março 2021				
Fixação de Objetivos			Reunião de Equipa EPVA Março 2021				
Seleção de Estratégias					-Produção de protocolo de atuação – normas e procedimentos de prevenção de VD Out2021 -Existência dia temático para a prevenção da VD 25 Nov2021 -Existência de vídeos temáticos nas salas de espera, visualizados em LCD Dez2021 -Produzir folhetos/cartazes sobre medidas preventivas Set2021		
Elaboração de Programas e de Projetos					-Intervenção formação profissionais Maio e Junho 2021 -Intervenção utentes e comunidade a decidir à posteriori		
Preparação da Execução					-Identificar o profissional desperto na US para Elo dinamizador/ Clínico Gestor de caso, da prevenção da VD Julho 2021		

Avaliação



Auditorias interna Set2021 e externa Nov2021	Reunião de apresentação de resultados EPVA e USF piloto e introdução de medidas corretivas Dez 2021
--	--

2ª Fase - Reconhecer e Partilhar o sucesso com restantes USF do ACES, planeada para o biénio 2021/2022, fim 2º semestre

3ª Fase - Reconhecer e Partilhar o sucesso com restantes e UF do ACES, planeada para o ano 2023, 2º semestre

Cronograma de atividades a ser realizadas na USF - Experiência Piloto de Maio de 2021 a Julho de 2022

Objetivos	Atividades
1-Implementar a metodologia de gestor de caso (médico e enfermeiro) para a VD	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação de um profissional da USF para a atuação como gestor de caso - Equipa USF - Definição da estratégia de intervenção para o ACES Mar 2021 - Nomeação do clínico Gestor de caso na USF Piloto Julho 2021 - Elaboração e aprovação do protocolo de Projeto na USF piloto Julho 2021
2-Capacitar os enfermeiros/médicos da Unidade de Saúde Familiar piloto (USF) como gestores de caso, na prevenção da VD	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do plano de formação, Coordenação projeto e Gestor de caso Set 2021 - Mostrar disponibilidade para qualquer dúvida ou questão colocada; na identificação do risco, nos registos, na orientação do utente, na sinalização à EPVA, entre outras
3-Elaborar Protocolo de atuação e normas de intervenção para gestores de caso e restantes profissionais da USF	<ul style="list-style-type: none"> - Orientação dos profissionais para realização sistemática de rastreio de risco de VD Gestor de caso - Orientação dos profissionais para registo RSE e SClinico tal como notificação Gestor de caso - Desenvolvimento de um documento de recurso para a equipa da USF piloto para avaliação da situação, atuação em conformidade, acompanhamento da vítima e agressor e interligação (sempre que necessário) com os parceiros, EPVA e Gestor de caso - Orientação dos profissionais para o preenchimento adequado da ficha de referênciação à EPVA Gestor de caso Nov/Dez 2021
4-Implementar Protocolo de atuação e normas de intervenção na USF piloto;	<ul style="list-style-type: none"> -Realização de folhetos/panfletos a fornecer ao utente 25 Nov 2021 -Realização de actividades no dia temático anual sobre prevenção da VD 25 Nov 2021 -Utilização dos plasmas nas salas de espera para visionamento de vídeos sobre prevenção de VD -Implementação da realização rastreio de avaliação de risco de VD e documentação em SClinico, em consulta médica e/ou enfermagem aos utentes abrangidos pela USF pelo Gestor de caso ou Enfermeiro/médico de família. Dez 2022

6-Avaliar o projeto de desenvolvimento de enfermeiro/médico gestor de caso, na USF Piloto.

-Realização de Check List para as auditorias Julho 2021

-Realização de auditorias internas e externas

-Elaboração de relatório a cada seis meses e divulgação dos resultados em equipa

- Monitorização, acompanhamento do processo e implementação de melhorias necessárias (em consulta ao utente, em registos clínicos e notificações)

-Elaboração de atas/ notas de reunião

• Gestão e Recursos

ATIVIDADE	QUEM	QUANDO	ONDE	COMO	AVALIAÇÃO
Reunião de Diagnóstico de situação, Definição de Prioridades e fixação de Objetivos Iniciais	Elementos EPVA	08 Julho 2020	Via ferramenta informática Teams	Pesquisa de Consenso - Brainstorming	-EPVA
Elaboração e submissão do pedido de autorização de implementação do Projeto DE e CCS do ACES	Coordenação EPVA e equipa projeto	Janeiro 2021	Via email	Projeto enviado via email, após aceitação unanime elementos da EPVA	-Coordenação da USPAL -CCS e DE
Apresentação projeto aos Coordenadores médico e de enfermagem e conselho técnico da USF Piloto	equipa projeto	Abril 2021	Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia expositiva; discussão orientada	- equipa projeto -Coordenação e conselho técnico USF Piloto (médico/enfermeiro)
Apresentação EPVA/ projeto na USF Piloto	EPVA/ equipa projeto	Abril 2021	Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia expositiva; análise de estudo de caso	-EPVA - Equipa projeto -Conselho técnico USF -Gestor de caso
Formação ao elemento Gestor de caso/elemento dinamizador do projeto	Elemento equipa projeto	Maio/Junho 2021	Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia expositiva; discussão orientada	-Gestor de caso
Elaboração de norma de procedimentos em relação ao processo de avaliação do risco e aos registos em SClínico e RCVA	Elementos equipa projeto e Gestor de Caso	Novembro 2021	Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia de discussão orientada	- equipa projeto -Coordenação e conselho técnico USF Piloto -Gestor de caso

Realização de reuniões de acompanhamento e monitorização do gestor de caso	Elemento equipa projeto	A partir de Setembro -Mensal- Integrada na reunião equipa projeto	Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia de discussão orientada	-Realização de atas/notas de reunião pelo elemento equipa projeto
Realização de auditoria interna implementação do projeto na UF piloto	Gestor de caso, Conselho técnico	3/3meses	presencial	Reunião metodologia de discussão orientada	-Gestor de caso com grelha de avaliação trimestral
Realização de auditoria externa da implementação do projeto na UF piloto	Gestor de caso, conselho técnico e 1 elemento equipa projeto	6/6 meses	presencial	Consulta registos RSE e SClínico das situações notificadas	-Gestor de caso com grelha de avaliação semestral
Partilha dos resultados com a equipa da US piloto e sugestões de melhoria	equipa projeto e Gestor de caso		Via ferramenta informática Teams	Reunião metodologia expositiva e de discussão orientada	-Gestor de caso -Coordenação e conselho técnico USF Piloto (médico/enfermeiro)

• Orçamento


- Recursos humanos

Os custos maioritariamente associados a horas de trabalho disponibilizadas pelos profissionais do ACES:

- Equipa Interprofissional equipa projeto
- Profissionais da USF Piloto – nesta primeira fase Julho de 2021 a Dezembro de 2022

- Recursos físicos e materiais

- Criação ou melhoramento de espaços de atendimento/consulta com condições de segurança e privacidade.
- Materiais necessários à execução de cartazes a afixar, folhetos e panfletos a distribuir pelos utentes (podem ser utilizados materiais fornecidos pelos parceiros da comunidade, como por exemplo cartazes e panfletos realizados no âmbito do Serviço de Atendimento Especializado a Vítimas de Violência (SAEUV), dinamizado pela Câmara Municipal.
- Utilização de LCD existentes nas salas de espera, para visionamento de vídeos de informação para a prevenção da VD.

 2 de Julho de 2021



Coordenadora Projeto Piloto



Coordenador USF



Gestora de Caso

Apêndice XVIII – Ata da Reunião de Apresentação do projeto em colaboração com EPVA,
Ata da Reunião de Formação e Notas de Reuniões

ACTA DE REUNIÃO DA EPVA N. 15/2021

Secretário(a)/Redactor(a): [REDACTED]

Coodenador(a): [REDACTED]

Data da reunião: 05/Maio/2021

Local: Ferramenta
informática teams

Data da aprovação da acta: 2021

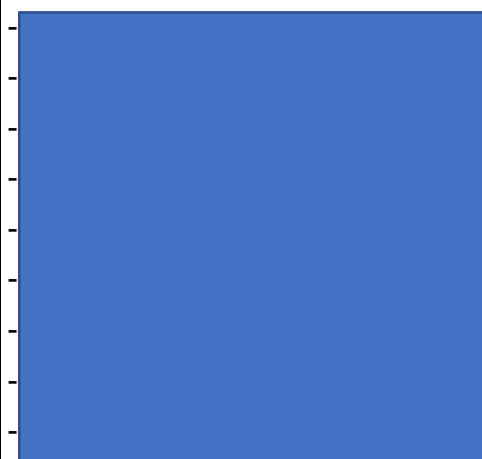
Membros presentes (assinalados com X)

[REDACTED] - Autoridade de saúde)	X	[REDACTED] (Psicóloga)	X
[REDACTED] (enfermeira ESMO)	X	[REDACTED] (TSSS)	X
[REDACTED] (médica Interna USP)		[REDACTED] (médica MGF)	X
[REDACTED] (médica Interna USP)	X	[REDACTED] (médico Interno USP)	X

A reunião de apresentação da EPVA à equipa da USF [REDACTED] iniciou-se, tal como previsto, pelas 14.00 horas e teve a duração de sensivelmente 45 minutos.

A Enfa. [REDACTED] apresentou a EPVA e a equipa projeto à USF [REDACTED] (USF Piloto da implementação do projeto de intervenção) e abordou e introduziu o conceito de “gestor de caso” (via Teams – online).

Estiveram presentes na Reunião para além dos elementos da EPVA:





No fim foram trocadas opiniões entre os presentes e esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos apresentados.

Os profissionais da equipa da USF [REDACTED], demonstraram ter já uma referência para assumir a função de Gestor de caso e comprometeu-se a defini-lo na próxima reunião interna.

Seguidamente foi ainda realizado o ponto de situação, já só com os elementos da EPVA, de algumas das sinalizações anteriormente discutidas em reunião, pela necessidade mais premente de avaliação e actuação.

Fica marcada nova reunião para 12 de Maio de 2021 às 14 horas, com a seguinte ordem de trabalhos:

-Feedback da reunião de apresentação da EPVA e equipa projeto na USF [REDACTED] (USF piloto do projeto de intervenção), identificação do Gestor de caso da USF [REDACTED] e programação da reunião de formação aos profissionais da USF.

-Discussão de situações de VD novas e em acompanhamento.

NOTAS:

As atas são lavradas pelo secretário e colocadas à aprovação de todos os membros presentes no início da seguinte, sendo assinadas, após a aprovação, pelo coordenador e pelo secretário.

Nos casos em que o órgão assim o delibere, a ata será aprovada, em minuta, logo na reunião a que disser respeito.

As deliberações que envolvam a apreciação de comportamentos ou das qualidades de qualquer pessoa são tomadas por escrutínio secreto.

A presente ata foi elaborada de acordo com o que dispõem os artigos 24.º e 27.º do Código do Procedimento Administrativo (DL 6/96, de 31/1).



ACTA DE REUNIÃO DA EPVA

N. 19/2021

Secretário(a)/Redactor(a): [REDACTED]

Coodenador(a): [REDACTED]

Data da reunião: 02/Junho/2021

Data da aprovação da acta: 2021

Local: Ferramenta informática teams e presencial

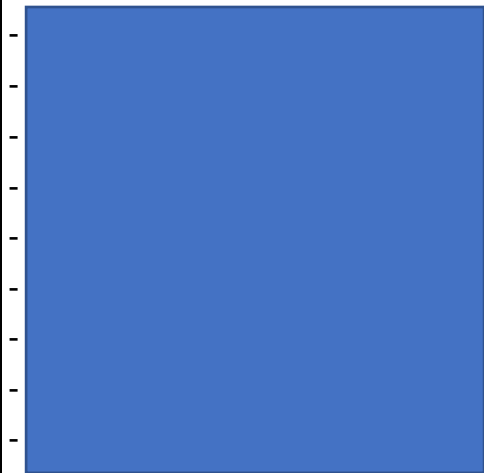
Membros presentes (assinalados com X)


[REDACTED] (médico - Autoridade de saúde)	X	[REDACTED] (Psicóloga)	X
[REDACTED] (enfermeira ESMO)	X	[REDACTED] (TSSS)	X
[REDACTED] (médica Interna USP)		[REDACTED] (médica MGF)	X
[REDACTED] (médica Interna USP)	X	[REDACTED] (médico Interno USP)	X

A reunião de Formação à equipa da USF [REDACTED] iniciou-se, tal como previsto, pelas 14.30 horas e teve a duração de sensivelmente 45 minutos.

A [REDACTED] realizaram a formação programada na USF [REDACTED] subordinada ao tema "Rastreamento de Violência Interpessoal"

Estiveram presentes na Reunião para além dos elementos da equipa projeto via Teams e estiveram presencialmente na sala de reuniões da USF:





No fim foram trocadas opiniões entre os presentes e esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos apresentados e foi referido como um bom documento de consulta pela [REDACTED], o Manual Sarar da CIG.

Os profissionais da equipa da USF [REDACTED], ficaram posteriormente reunidos presencialmente com a gestora de caso - [REDACTED], esclarecendo dúvidas e compartilhando preocupações.

Seguidamente foi ainda realizado o ponto de situação, já só com os elementos da EPVA, de algumas das sinalizações anteriormente discutidas em reunião, pela necessidade mais premente de avaliação e actuação.

Fica marcada nova reunião para 16 de Junho de 2021 às 14.30 horas, com a seguinte ordem de trabalhos:

- Feedback da reunião de formação na USF [REDACTED] (USF piloto do projeto de intervenção),
- Discussão de situações de VD novas e em acompanhamento.

NOTAS:

As atas são lavradas pelo secretário e colocadas à aprovação de todos os membros presentes no início da seguinte, sendo assinadas, após a aprovação, pelo coordenador e pelo secretário.

Nos casos em que o órgão assim o delibere, a ata será aprovada, em minuta, logo na reunião a que disser respeito.

As deliberações que envolvam a apreciação de comportamentos ou das qualidades de qualquer pessoa são tomadas por escrutínio secreto.

A presente ata foi elaborada de acordo com o que dispõem os artigos 24.º e 27.º do Código do Procedimento Administrativo (DL 6/96, de 31/1).

2 de Junho de 2021

Notas da Reunião Presencial Pós Sessão de Formação

PARTICIPANTES



Comunicações e Anotações

Reunião Geral programada para uma duração de 15 minutos com o objetivo da nomeação de Gestor de caso e da comunicação ao mesmo de dúvidas, preocupações e dificuldades sentidas:

- Os profissionais da equipa da USF, ficaram posteriormente reunidos presencialmente com o profissional clínico mais motivado e mais competente, no imediato, para exercer funções de gestora de caso - [REDACTED],
- Foram debatidas opiniões entre os presentes e esclarecidas dúvidas sobre os conteúdos apresentados na formação,
- Foi referido como um bom documento de consulta para a prática clínica, pela [REDACTED], o Manual **Sarar** da CIG,
- Foi nomeada por unanimidade Gestora de Caso da USF, a própria [REDACTED]
- Debateram e esclareceram dúvidas; compartilharam preocupações sobre algumas situações de VD das suas práticas clínicas.

- Concordou-se com a necessidade de elaboração de Norma Interna de Procedimento para a temática.

Resumo

A reunião durou aproximadamente 30 minutos, tendo ficado decidido e esclarecidas oralmente as competências do Gestor de caso da USF

O Gestor de caso esclareceu os colegas de equipa em como tratar várias situações de VD, da prática clínica e guardou as dúvidas que também não conseguiu esclarecer aos colegas para partilhar com a equipa projeto.

29 Set de 2021

Notas da Reunião Presencial sobre dificuldades sentidas pelos profissionais na implementação

Participantes



Comunicações e Anotações

Reunião Geral programada para uma duração de 15 minutos com o objetivo da organização da metodologia de Gestor de Caso, respetiva interligação com enfermeiro e médico de família; da discussão com o Gestor de caso de dúvidas, preocupações e dificuldades sentidas:

- Atual período de pandemia e sobrecarga de trabalho
- Duração da consulta do adulto com duração pré-definida demasiado limitada para acrescentar mais um rastreio de saúde.
- Em abordar a temática com todos os utentes, ou também com os utentes da sua própria lista de utentes de família. Também referida falta de condições físicas e de privacidade em alguns gabinetes da UF.
- VD é um problema sociocultural e por vezes uma barreira para os profissionais de saúde

Foram debatidas opiniões entre os presentes e esclarecidas dúvidas sobre os conteúdos apresentados nas formações,

Foi recordado como um bom documento de consulta para a prática clínica, o Manual **Sarar** da CIG,

Debateram e esclareceram dúvidas; compartilharam preocupações sobre algumas situações de VD das suas práticas clínicas.

Resumo

A reunião durou aproximadamente 30 minutos, tendo ficado decidido e esclarecidas oralmente as competências do Gestor de caso da USF

O Gestor de caso esclareceu os colegas de equipa em como tratar várias situações de VD, da prática clínica e guardou as dúvidas que também não conseguiu esclarecer aos colegas para partilhar com a equipa projeto.

Apêndice XIX – Tabela de Programação de tarefas/atividades

Tabela de Programação de tarefas/atividades

Objetivos	Atividades	Responsáveis	Quando	Executado
Aplicar a metodologia de Gestor de Caso numa USF Piloto do ACES	Reunião de apresentação da EPVA e projeto à DE e CCS	Coordenador e restante equipa EPVA	Nov 2019	Sim, realizado antes do início da pandemia; esteve suspenso provisoriamente
	Reunião de apresentação da EPVA em reunião de Coordenadores	Coordenador EPVA	Dez 2019	
	Solicitação à DE e CCS de autorização para desenvolver o projeto	Coordenador EPVA e Coordenador projeto	Jan 2021	Sim
	Definição da estratégia de intervenção para a USF Piloto do ACES	Coordenador projeto e equipa projeto	Fev a Jul 2021	Sim
Sensibilizar os profissionais de saúde da USF piloto para a identificação da VD como um problema de saúde	Reunião de apresentação do projeto na USF Piloto, em colaboração com EPVA	Coordenador EPVA e Coordenador projeto	05 Mai 2021	Sim
	Identificação e mobilização pelo menos um profissional da USF piloto (enfermeiro ou médico) como gestor de caso para atuar como co-responsável de projeto na USF Piloto	MGF da equipa projeto e da Equipa da USF Piloto	Jun/Jul 2021	Sim
	Reunião com o profissional da USF piloto mais motivado para a metodologia de gestor de caso, em reunião semanal da EPVA	EPVA com MGF da EPVA, da equipa projeto e da Equipa da USF Piloto	Jun/Jul 2021	Sim
	Elaboração e aprovação de protocolo de Projeto com USF piloto	equipa projeto, Gestor de caso (elaboram) e Coordenador USF aprova em RCG	Elaborado em Fev e aprovado em Jul 2021	Sim
Capacitar enfermeiros e médicos da USF piloto como	Nomeação de pelo menos um Gestor de caso na USF Piloto	Equipa USF Piloto em RCG	02 Jun 2021	Sim, 2º gestor de caso nomeado em Nov 2021

gestores de caso, na prevenção da VD	Reunião com o gestor de caso, em reunião semanal da equipa projeto	EPVA, equipa projeto e Gestor de caso	Jun/Jul 2021	Sim
	Preparação formação para a USF piloto conforme necessidades identificadas	Coordenador projeto e Gestor de caso	Mai/Jun 2021	Sim
	Elaboração Norma de procedimento interno de intervenção e avaliação de risco da violência doméstica	Coordenador do projeto e gestor de caso da USF	Jun 2021	Sim
	Preparação de um questionário <i>Forms</i> ® para aplicar à equipa da USF de forma a avaliar a efectividade das formações e identificar as dificuldades dos profissionais de forma a direccionar respostas formativas	Coordenador do projeto e gestor de caso da USF	Jun 2021	Sim
	Implementação da Realização de um dia temático anual sobre prevenção da VD	Coordenador projeto, Coordenador USF e Gestor de caso	25 Nov - anualmente	Coord. Projeto colaborou com Parceiros com apresentação externa ao ACES
	Elaboração de folhetos/panfletos a fornecer ao utente em consulta médica e de enfermagem	Coordenador projeto e Gestor de caso	Out 2021	Sim
	Implementação da utilização dos plasmas nas salas de espera para visionamento de vídeos sobre prevenção de VD	Coordenador projeto, Coordenador USF e Equipa USF	Desde Out 2021	Sim
Promover a utilização das ferramentas de registo (RCVA e SClinico), pelo gestor de caso e	Orientação dos profissionais para realização sistemática e uniformizada do rastreio de risco de VD	Coordenador projeto e Gestor de caso	Out 2021	Iniciado com elaboração da norma de procedimento e formação aos profissionais

restante equipa, na USF piloto	Orientação dos profissionais para registo em SClínico e RSE – RCVA; tal como participação ao Gestor de caso (se necessário)	Gestor de caso		Iniciado com preparação de formação prática (presencial), após diagnóstico de necessidades, pós-auditorias.
	Implementação da utilização da Norma de procedimento interno de intervenção e avaliação de risco da violência doméstica na USF piloto para avaliação da situação, atuação em conformidade, acompanhamento da vítima e agressor e ainda interligação (sempre que necessário) com os parceiros EPVA, equipa projeto e Gestor de caso	Coordenador projeto, Gestor de caso e restantes profissionais da USF		Norma de procedimento realizada com Fluxograma elaborado, enviada para todos os profissionais via email. Ainda não discutida e aprovada, em RCG da USF Piloto
	Motivação para a realização rastreio de avaliação de risco de VD e documentar em SClínico, em consulta médica e/ou enfermagem, aos utentes abrangidos pela USF Gestor de caso e Enfermeiro/médico de família.			Iniciado
	Orientação dos profissionais para o preenchimento adequado da ficha de referênciação à EPVA			Sim
Formar o gestor de caso e a restante equipa da USF piloto, para a importância da realização do rastreio	Realização de formação sobre a temática “Rastreio da Violência interpessoal”	Elemento equipa projeto ou em delegação Internos da USP a colaborar com equipa projeto (com supervisão e acompanhamento)	02 Jun 2021	Sim

sistematizado da VD	Mostrar disponibilidade para qualquer dúvida ou questão colocada; na identificação e avaliação de risco, nos registos, na orientação e acompanhamento do utente, na sinalização à EPVA	Coordenador projeto	02 Jun 2021	Sim
	Promoção do trabalho em equipas multidisciplinares USF piloto e EPVA			Sim
	Incentivar os profissionais da equipa da USF para a importância de responder a um questionário <i>Forms</i> ® online de forma a avaliar a efectividade das reuniões de formação e identificar as dificuldades sentidas de forma a direccionar respostas formativas	Coordenador projeto e Gestor de caso	Jun 2021	Sim
Avaliar o projeto em desenvolvimento de enfermeiro e médico gestor de caso, na USF Piloto.	Relacionar os dados obtidos através do questionário <i>Forms</i> ® online	Coordenador projeto e Gestor de caso	Jul a Set 2021	Sim
	Elaboração Check List para as auditorias interna e externa			Sim
	Realização de Auditoria Interna aos registos clínicos (situações sinalizadas à EPVA)	Gestor de caso e Conselho técnico da USF	Out 2021	Sim
	Realização de Auditoria Externa aos registos clínicos (situações sinalizadas à EPVA)	equipa projeto, Gestor de caso e Conselho técnico da USF, coordenação da USF	Nov 2021	Sim
	Elaboração de relatório a cada seis meses e divulgação dos resultados em	Coordenador de projeto e Gestor de caso	desde Nov 2021	Sim; 1º relatório das Auditorias Interna e Externa

	equipa projeto e EPVA			
	Monitorização e acompanhamento do processo e implementação melhorias necessárias (em consulta ao utente, em registos clínicos e notificações)			Iniciado
	Elaboração de atas/ notas de reuniões			Sim, previamente realizadas em RCG da USF

Apêndice XX – Folha de Registo de Presenças em Reunião de tomada de conhecimento de Norma

ANEXOS

Anexo I - Autorização da Direção Executiva do ACES para a implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade na USF Piloto



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que o ACES [REDACTED] está disponível para participar no projeto “Intervenção do Enfermeiro Gestor de Caso nas Equipas das Unidades Funcionais em Cuidados de Saúde Primários” a realizar pela Enf^a Ana Paula Carmona no ACES [REDACTED] – Unidade Saúde Familiar (USF) [REDACTED], garantindo para tal as condições estruturais, logísticas e humanas para a sua realização.

[REDACTED], 24 de fevereiro de 2022

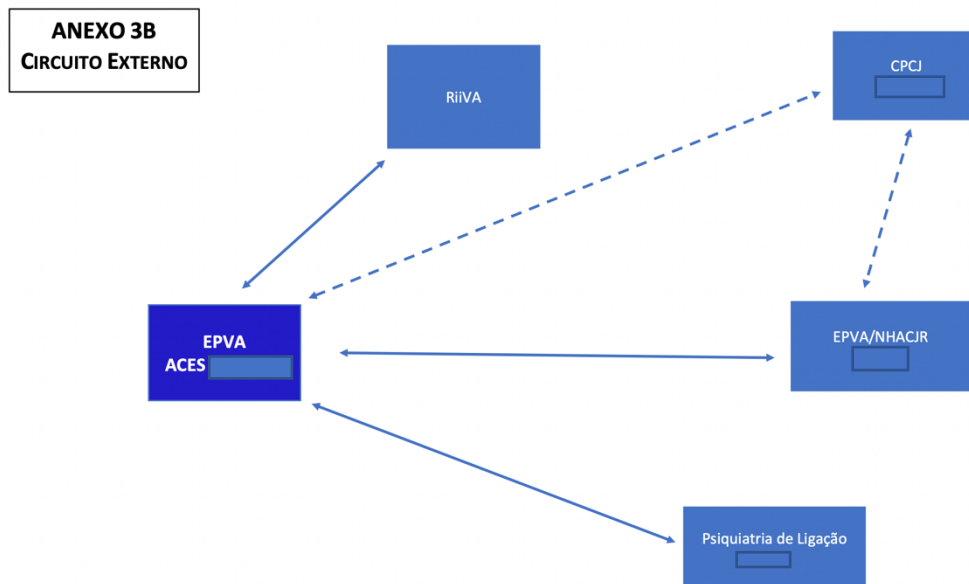


(Diretora Executiva do ACES [REDACTED])

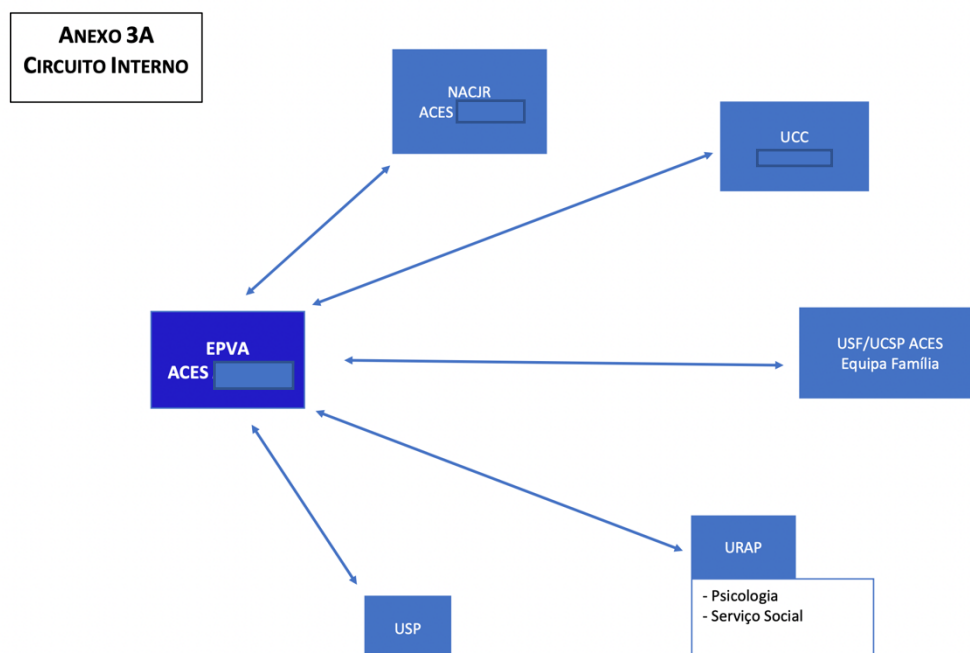


Anexo II – Organogramas dos Circuitos de Articulação Interno e Externo para a VD do ACES

Organograma de articulação entre o ACES e respetivos parceiros no Município



Organograma de articulação entre EPVA e as restantes Unidades Funcionais do ACES



Anexo III – Número de casos e Natureza da Violência Doméstica por escalões etários

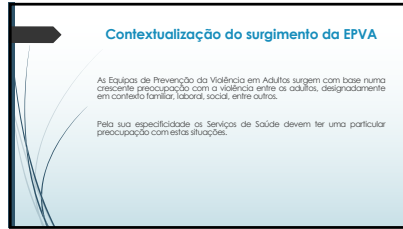
Número de casos e Natureza da Violência Doméstica por escalões etários (Dados disponibilizados do relatório anual de ASGVCV realizado pela EPVA do ACES, referentes ao ano de 2020)

Casos/Natureza da violência Escalão etário / Sexo	18-24		25-44		45-64		>65		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Casos novos abertos no ano		6	1	20	1	21	2	8	59
Casos transitados do ano anterior						1		1	2
Situação resolvida		2		12		16	1	7	38
Natureza da violência									
Física		4		16		12		3	35
Psicológica		2	1	3	1	9	1	2	19
Sexual									0
Negligência / privação				1		1	1	4	7
Casos/Natureza da violência Escalão etário / Sexo	18-24		25-44		45-64		>65		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Tipologia									
Violência Doméstica (total)									0
a) Relações de intimidade		3	1	19		16		6	45
b) Relações familiares		2				6	2	3	13
Violência sexual perpetrada por pessoa não incluída nas alíneas a) e b) anteriores.									0
Stalking / perseguição					1				1
Tráfico de seres humanos									0
Mobbing		1		1					2
Situações Específicas									
Violência de género (MGF)		14		13		0		0	27
Violência contra a pessoa com deficiência / incapacidade		1				1			2

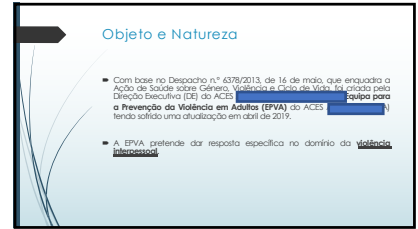
Anexo IV – Apresentação da EPVA em Reunião de Coordenadores do ACES



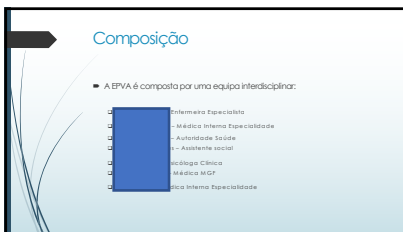
1



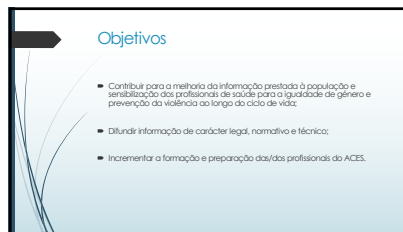
2



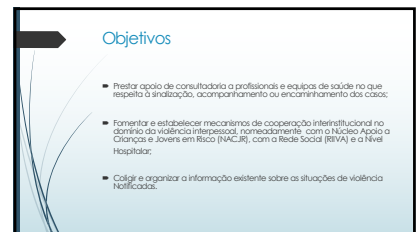
3



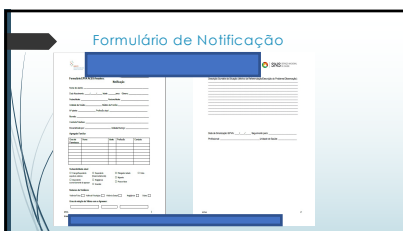
4



5



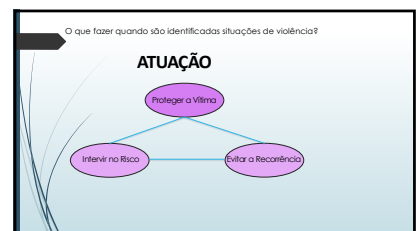
6



7



8



9

O que fazer quando são identificadas situações de violência?

PROTÓCOLOS DE ATUAÇÃO

PROTÓCOLO 1 – SITUAÇÃO DE SUSPEITA

OBJETIVO: promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maus tratos, ajudando na compreensão dos seus problemas, para que não condicione de seguida uma intervenção direta.

- 1 – Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra;
- 2 – Realizar seguimento em ambulatório/consulta;
- 3 – Notificar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- 4 – No caso de crianças e jovens presencarem ou tomarem conhecimento da situação de violência – referenciar ao NACR/NH-CJR.

10

O que fazer quando são identificadas situações de violência?

PROTÓCOLOS DE ATUAÇÃO

PROTÓCOLO 2 – SITUAÇÃO DE RISCO

OBJETIVO: lidar com a vítima e se sente apoiada a estar consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper a ciclo/vitima da violência.

- 1 – Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra;
- 2 – Realizar seguimento em ambulatório/consulta;
- 3 – Realizar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA);
- 4 – No caso de crianças e jovens presencarem ou tomarem conhecimento da situação de violência – referenciar ao NACR/NH-CJR.
- 5 – Em caso de suspeita e/ou confirmação de violência sexual, tráfico de seres humanos ou violência contra profissional de saúde seguir protocolos de atuação específicos;
- 6 – Sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações sobre a denúncia.

11

O que fazer quando são identificadas situações de violência?

PROTÓCOLOS DE ATUAÇÃO

PROTÓCOLO 3 – SITUAÇÃO DE FUGA

OBJETIVO: promover a segurança da vítima, incluindo aos dependentes, em situações de violência grave, ocorridas no contexto do crime, que possam representar perigo iminente de vida.

- 1 – Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou da situação de perigo em que se encontra e fornecer-lhe possíveis estratégias e seguir, estabelecendo um plano de segurança. Transmirtir-lhe que não se encontra só;
- 2 – Manter a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a e, em caso de necessidade, contactar as forças de segurança;
- 3 – Oferecer apoio físico e prestar apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhar para as especialidades necessárias;
- 4 – Contactar linha de emergência Social 116, caso necessário;
- 5 – Treinar/char Formação de Denúncia de Crime e enviar para o Ministério Público;
- 6 – Notificar a situação à Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA).

12

O que fazer quando são identificadas situações de violência?

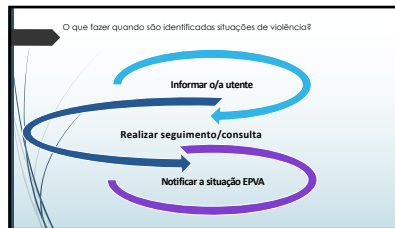
PROTÓCOLOS DE ATUAÇÃO

PROTÓCOLO 4 (continuação) – SITUAÇÃO DE FUGA

OBJETIVO: promover a segurança da vítima, incluindo aos dependentes, em situações de violência grave, ocorridas no contexto do crime, que possam representar perigo iminente de vida.

- 7 – No caso de crianças e jovens presencarem a situação de violência, sinalizar ao NACR/NH-CJR e/ou CPJ;
- 8 – Em caso de suspeita e/ou confirmação de Violência Sexual, Tráfico de Seres Humanos ou Violência contra Profissional de Saúde, seguir protocolos de atuação específicos;
- 9 – Realizar seguimento da situação;
- 10 – Após saída da situação de perigo, acompanhar a situação de acordo com Protocolo 2 – Situação de Risco;

13



14

MUITO OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

EPVA
Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ars|ivt

15

Anexo V – Apresentação da EPVA e projeto a DE e CCS do ACES

EPVA

Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

1

Contextualização da EPVA

As **Equipas de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA)** surgem com base numa crescente preocupação com a violência entre os adultos, designadamente em contexto familiar, laboral, social, entre outros.

Pela sua especificidade os Serviços de Saúde devem ter uma particular preocupação com estas situações.

2

Objeto e Natureza

- Com base no Despacho n.º 6378/2013, de 16 de maio, que enquadra a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo da Vida, foi criada pela Direção Executiva (DE) do ACES / [redacted] a EPVA do ACES / [redacted], tendo esta sofrido uma atualização em abril de 2019.
- A EPVA pretende dar resposta específica no domínio da **violência interpessoal**.

3

Composição

- A EPVA é composta por uma equipa interdisciplinar:
 - Enfermeiro Especialista
 - Médico Interno Especialidade
 - Autoridade Saúde
 - Assistente social
 - Psicólogo Clínico
 - Médico MG
 - Médico Interno Especialidade

4

Objetivos

- Contribuir para a **melhoria da informação** prestada à população e **sensibilização dos profissionais de saúde** para a igualdade de género e prevenção da violência ao longo do ciclo de vida;
- Difundir informação** de carácter legal, normativa e técnica;
- Incrementar a formação** e preparação das/dos profissionais do ACES.

5

Objetivos

- Prestar apoio de **consultadoria a profissionais e equipas de saúde** no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- Fomentar e estabelecer **mecanismos de cooperação interinstitucional** no domínio da violência interpessoal, nomeadamente com o Núcleo Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a Rede Social (RIVA) e o Nível Hospitalar;
- Coligir e **organizar a informação existente** sobre as situações de violência notificadas.

6

Formulário de Notificação

7

Guia prático

8

Actuação

O que fazer quando são identificadas situações de violência?

```

    graph TD
      A[Proteger a Vítima] --> B[Intervir no Risco]
      A --> C[Evitar a Recorrência]
      B --- C
  
```

9

Protocolos de Actuação

Protocolo 1 – Situação de Suspeita

1. Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra;
2. Realizar seguimento em ambulatório/consulta;
3. Notificar a situação à EPVA;
4. Se atenuado e/ou não presenciarem ou formarem conhecimento da situação de violência – referenciar ao NACJR/NHACJR.

OBJETIVO: Promover o reconhecimento por parte da vítima da sua situação de maior risco, quando não compreendido em outro problema, para que haja condições de realizar uma intervenção direta.

10

Protocolos de Actuação

Protocolo 2 – Situação de Risco

1. Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra;
2. Realizar seguimento em ambulatório/consulta;
3. Notificar a situação à EPVA;

OBJETIVO: Fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper a dinâmica da violência.

11

Protocolos de Actuação

Protocolo 2 – Situação de Risco

4. Se atenuado e/ou não presenciarem ou formarem conhecimento da situação de violência – referenciar ao NACJR/NHACJR.
5. Em caso de suspeito e/ou confirmação de violência sexual, tráfico de seres humanos ou violência contra profissionais de saúde seguir protocolos de actuação específicos.
6. Sensibilizar a vítima de que a violência é considerada crime e prestar informações sobre a denúncia.

OBJETIVO: Fazer com que a vítima se sinta apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias que lhe permitam interromper a dinâmica da violência.

12

Protocolos de Actuação

Protocolo 3 – Situação de Perigo

1. Informar o/a utente da avaliação que o/a profissional realizou acerca da situação em que se encontra e fornecer-lhe possíveis estratégias a seguir estabelecendo um plano de segurança e tranquilizando-o que não se encontra só;
2. Manter a vítima em segurança, protegendo-a do contacto com o/a agressor/a(s), em caso de necessidade, contactar as forças de Segurança;
3. Testar redes físicas e prestar apoio emocional e, em caso de necessidade, encaminhá-la para as especialidades adequadas;

OBJETIVO: Promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorrida ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

13

Protocolos de Actuação

Protocolo 3 – Situação de Perigo

4. Contactar Linha de Emergência Social 144, caso necessário;
5. Preencher Formulário de Denúncia de Crime e enviar para o Ministério Público;
6. Notificar a situação à EPVA;

OBJETIVO: Promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorrida ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

14

Protocolos de Actuação

Protocolo 3 – Situação de Perigo

7. No caso de atenuação e/ou não presenciarem a situação de violência, sinalizar ao NACJR/NHACJR e CPCJ;
8. Em caso de suspeito e/ou confirmação de Violência Sexual, Tráfico de Seres Humanos ou Violência contra Profissionais de Saúde, seguir protocolos de situação específicos;
9. Avaliar o seguimento da situação;
10. Após saída da situação de perigo, acompanhar a situação de acordo com Protocolo 2 – Situação de Risco;

OBJETIVO: Promover a segurança da/s vítima/s, incluindo seus dependentes, em situações de violência grave, ocorrida ou em risco de ocorrer, que possam representar perigo iminente de vida.

15

Algoritmo de Actuação

O que fazer em situações de violência?

16

Decisões

- Encontrar o elemento de ligação entre a RIVA e a EPVA;
- Decidir melhor forma de operacionalização do programa PNPVCV

(Decreto-Lei nº 94/2019 - Diário da República n.º 202/2019, Série II de 2019-10-21) O Todo o Unificado.

Email - epva@nccr.arsivivt.pt

17

Obrigado por se manterem **ATENOS**

EPVA
Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

18