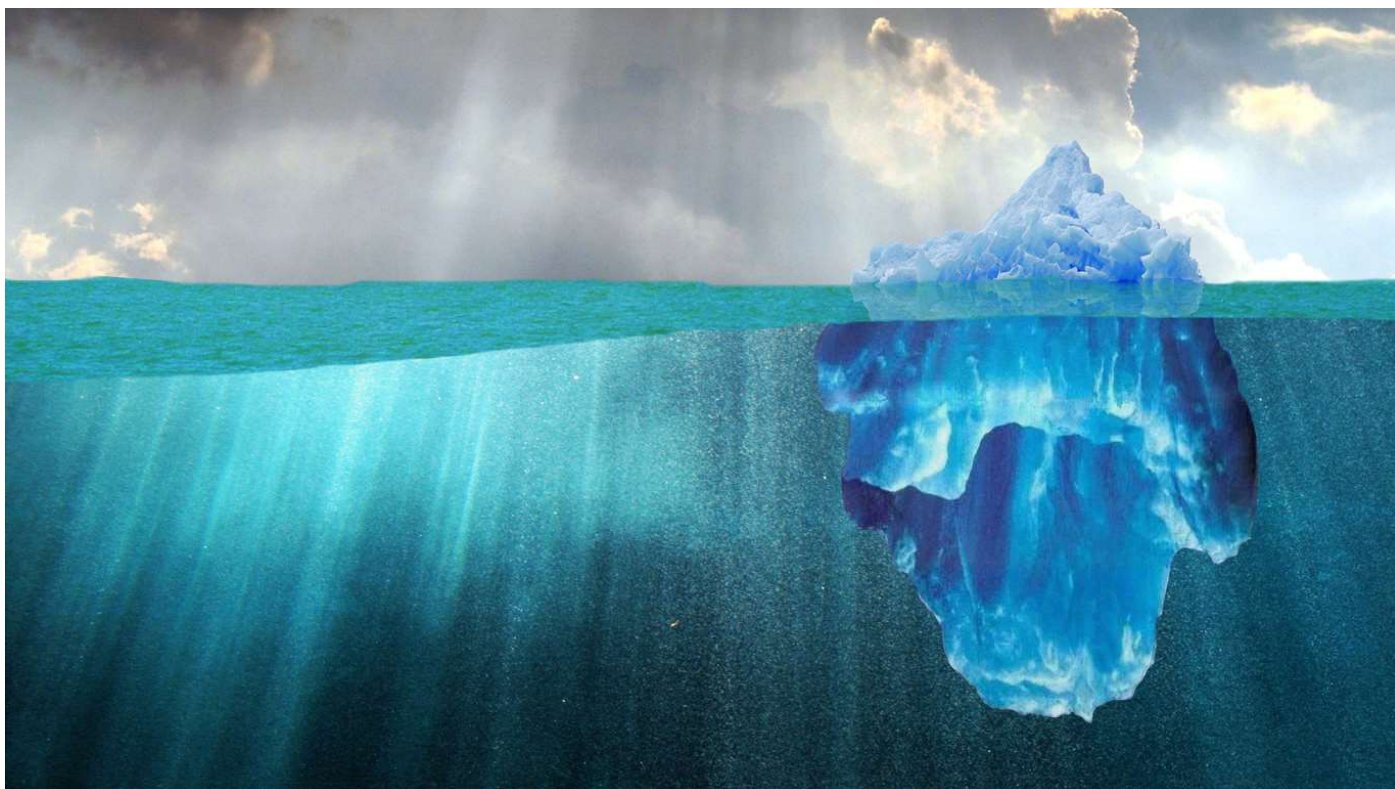


## PROJECTO “ICEBERG”

### ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM NO RASTREIO E/OU INTERVENÇÃO PRECOCE NO ÂMBITO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA



Maria João Belo  
(Enf.ª Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica)  
Maria do Céu Freire  
(Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica)  
Antónia Pereira  
Cristina Aguiar  
Francisco Lameiras  
Natércia Alves  
Sandra Nunes

**Crime público**

**Lei nº 59/2007, DR (1ª série) de 4 de Setembro**

## **SIGLAS e ABREVIATURAS**

CIG – Comissão para Cidadania e Violência de Género  
 CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
 CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental  
 CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens  
 DGAI – Direcção Geral da administração Interna  
 DIP – Doença Inflamatória Pélvica  
 GNR – Guarda Nacional republicana  
 ITS – Infecções Transmitidas Sexualmente  
 M1 – Medicine One  
 NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
 OMS – Organização Mundial de Saúde  
 ONU – Organização das Nações Unidas  
 PSP – Polícia de Segurança Pública  
 RASI – Relatório Anual de Segurança interna  
 USF – Unidade de Saúde Familiar  
 V PNPCVDG – 5º Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica e de Género  
 VD – Violência Doméstica  
 VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

## **ÍNDICE GERAL**

1. <u>IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA</u>	3
2. <u>PERCEBER O PROBLEMA</u>	3
3. <u>OBJECTIVOS</u>	7
4. <u>PERCEBER AS CAUSAS</u>	8
5. <u>PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS / ACTIVIDADES</u>	10
6. <u>PROPOR MEDIDAS CORRECTIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA</u>	12
7. <u>RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO</u>	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
APÊNDICES	16
APÊNDICES 1 – “Manual de Procedimentos e Intervenção face à Violência Doméstica”	17
APÊNDICES 2 – Cronograma do projecto..	18
APÊNDICES 3 – Plano orçamental ..	19

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Estatística Nacional sobre Violência doméstica	9
Quadro 2 – Questionário a aplicar para rastreio de VD	9
Quadro 3 - Representação da população alvo e periodicidade do rastreio de VD	10

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 – Critérios de avaliação	9
-----------------------------------	---

## **1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA**

A **Violência Doméstica (VD)** é uma problemática transversal a toda a sociedade, com impacto significativo na **qualidade de vida e saúde da pessoa, família e comunidade**, de que resulta um **aumento dos custos em saúde** como consta do Documento “Violência interpessoal abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde”: *“as vítimas de violência doméstica, sexual e de maus tratos contra crianças e jovens têm mais problemas de saúde, geram maiores custos com cuidados de saúde e procuram com maior frequência os serviços de urgência, em comparação com as pessoas que não apresentam um histórico destas situações” ... “As vítimas têm custos com a sua saúde 22% mais elevados, quando comparados com não-vítimas”* (2014: 36,37).

Os dados epidemiológicos relacionados com a VD são, efectivamente difíceis de apurar. Os números oficiais apenas contabilizam os casos participados às Forças de Segurança que é do domínio público que estão infra dimensionados.

Actualmente estão inscritos na **USF Artemisa** 10767 clientes com idade igual ou superior a 16 anos. Destes, estão diagnosticadas **52 vítimas e 21 agressores** de VD. De acordo com o Relatório Anual Segurança Interna (RASI) relativo ao ano de 2014, a percentagem de vítimas de VD no conselho de Lisboa é de 2,62‰. Assim, verificamos que a percentagem de vítimas inscritas nesta USF é de 4,9‰, o que nos permite colocar algumas questões: “Será que a nossa população tem uma maior prevalência de VD?”; “Será que a relação de proximidade com os serviços de saúde é factor facilitador da denúncia?”

A Equipa de Enfermagem da USF Artemisa, consciente da importância e impacto das múltiplas dimensões deste crime, procurou desenvolver estratégias e adoptar novas práticas que permitam redimensionar esta problemática. Estamos inseridos num contexto de Cuidados de Saúde Primários e, por isso, considerámos necessário rastrear para **diagnosticar e tratar** com o objectivo de **diminuir o impacto negativo da problemática** o mais precocemente possível, visando: redimensionar a taxa de prevalência do **medo**; avaliar a diminuição da taxa de prevalência de situações de **risco na gravidez** associado a VD; **promover a parentalidade**, descomprometendo a transgeracionalidade. Desta forma, procuramos contribuir para a melhoria da **qualidade, promoção dos cuidados de saúde e prevenção de complicações** no imediato e nas gerações futuras.

## **2. PERCEBER O PROBLEMA**

Identificado o problema, consultámos outras USF com o objectivo de conhecer as práticas adoptadas e constatámos que a intervenção no âmbito da VD passa por um encaminhamento para o Serviço de Urgência Hospitalar e/ou para as Forças de segurança PSP/GNR.

Recorremos a consulta bibliográfica, procurando clarificar alguns conceitos como violência doméstica, enfermagem, pessoa, família, medo, vítima, agressor, gravidez, parentalidade, transgeracionalidade.

Procurámos ainda identificar estratégias visando o rastreio e intervenção em situações de Violência Doméstica, bem como os recursos existentes na comunidade.

Hoje, o conceito **Enfermagem** centra-se num processo de interacção recíproca entre o enfermeiro, a pessoa e o ambiente. Este sistema pretende-se dinâmico e integrado num circuito de **mudança**, no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, visando: **satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado**.

A Ordem dos Enfermeiros considera que *“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... A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros... Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas”*. *“A **saúde** é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”*. (OE, PQCE, 2001: 8,9)

Segundo a CIPE® **Violência Doméstica** é uma forma de Violência que *“ocorre dentro da família ou conjunto de pessoas que vivem na mesma casa”*, sendo **abuso** um *“Comportamento agressivo: Actos de ataque físico ou emocionais, violar ou maltratar”*.

O termo **vítima** vem do latim *victimia* e *victus*, "vencido", "dominado" (ou ainda *oblata*: "oferta"). É a pessoa que sofre os resultados infelizes dos próprios atos, dos de outrem ou do acaso. A vítima de VD habitualmente tem historial de abusos na infância, baixa auto-estima; visão tradicionalista da relação conjugal/familiar acreditando fortemente na unidade familiar e nos estereótipos relativos aos papéis dos diferentes sexos e, portanto, dificuldade em aceitar a ideia de fracasso na relação conjugal; acredita que é melhor as crianças crescerem na convivência de ambos os progenitores; não considera a situação de violência como um crime e assume a culpa do conflito (característica da sintomatologia depressiva); tem medo de represálias; dependência económica do/a agressor/a e isolamento de familiares e amigos.

**Agressor** é aquele que prejudica ou lesa outro(s) da sua própria espécie intencionalmente. Distingue-se do predador por dirigir a acção violenta contra o seu próprio congénere. Estão identificados um conjunto de variáveis que ajudam a traçar em perfil do agressor de VD: baixa auto-estima, ciúme patológico, perturbação da personalidade, perturbações físicas, vivências infantis de abuso ou de violência doméstica (trangeracionalidade); habitualmente tem competências sociais inadequadas, dificuldade de expressão e controlo de emoções; comportamentos aditivos. A gravidez, o desemprego e constrangimentos económico-financeiros podem ser factores responsáveis pelo início ou agravamento do comportamento violento.

Segundo a CIPE®, **Família** é um *“Grupo: Unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma dos pares”*. De acordo com a mesma fonte, *“Família Disfuncional: Família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas. Alteração do papel da família; falta de objectivos da família; indiferença à mudança, incapacidade em reconhecer a necessidade de*

*ajuda; incapacidade em lidar com tensões, stress e crise; negligência da habitação; falta de confiança nas outras pessoas; sentimento de falta de esperança”.*

O papel e função de cada elemento está devidamente definido. Características individuais, valores, crenças, cultura e sociedade são elementos que interferem/condicionam o desempenho de cada um e, portanto, a dinâmica familiar.

**Gravidez** é o período que decorre entre a nidação e o nascimento. Na espécie humana tem a duração prevista de 40 semanas. Durante este período a mulher vive profundas alterações físicas, psicológicas e emocionais. Apesar de a reprodução ser um fenómeno essencialmente biológico, existem muitos factores socioculturais que influenciam o sucesso reprodutivo e o prognóstico da gravidez. Entre os factores mais importantes estão a estrutura familiar e a situação conjugal. A CIPE® define **Gravidez** como *“Processo do sistema reprodutor: condições de alimentar um feto no corpo, e que dura um período de aproximadamente 266 dia, desde o dia da fertilização até ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado por cessação dos períodos menstruais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos”.*

De acordo com a CIPE®, **Parentalidade** é *“ Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade, quanto aos comportamentos do papel parental adequados ou inadequados”.*

*“A transgeracionalidade pode ser definida como a transmissão de padrões de relacionamentos familiares que se repetem de uma geração a outra. Estes modelos são definidos a partir dos legados, valores, crenças, segredos, ritos e mitos que se perpetuam e conferem um sentimento de pertença e de identidade.”* (“Violência Interpessoal – Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde”. DGS –2014:. 42)

O papel do pai e da mãe definem a educação para o rapaz e para a rapariga e espelha a forma como encaram a política, a religião, os valores, as mudanças sociais. Todo este processo acontece de forma implícita e numa dinâmica muito particular, com regras de funcionamento próprias que reflectem o contexto histórico e cultural. Neste percurso, quando a “herança” recebida está revestida de um processo traumático associado à violência na família, a probabilidade de replicação das vivências está consideravelmente aumentada: a tendência natural de uma criança é responder de acordo com os seus modelos e a violência para si, faz parte de uma rotina aceitável.

O processo de socialização é complexo e muito abrangente não sendo por isso viável considerar um mero determinismo e relação causa-efeito nas aprendizagens familiares acerca da violência.

Alguns estudos sobre o impacto da VD nas crianças revelam:

- As crianças que observam formas de violência graves e frequentes tendem a assumir a culpa dessa violência;
- As crianças de menor idade apresentam níveis de ansiedade e stress maiores (esta diferença pode decorrer do facto das crianças mais velhas poderem ter recursos cognitivos e sociais que lhes permitam

compreender melhor a violência e seleccionar várias estratégias para lidar e aliviar as emoções perturbadoras);

- As crianças que são simultaneamente testemunhas e vítimas de maus tractos físicos ou psicológicos apresentam mais problemas emocionais e psicológicos.

Entende-se por **medo** qualquer situação que seja percebida como ameaçadora. Esta ameaça pode ser física, psicológica, moral, sexual, económica.... Segundo a CIPE®, medo é o “*sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir*”. De acordo com a mesma fonte, ansiedade é um “*sentimento de ameaça, perigo ou angústia*”. Ambos os conceitos são classificados como uma “emoção negativa”.

O medo é um processo cognitivo objectivo ou subjectivo provocando uma resposta fisiológica (sudorese, taquicardia, somatização), afectiva e emocional (ansiedade, pânico, terror), comportamental (alteração da conduta, agitação, inibição do pensamento e/ou da fala). O medo “normal” pode definir-se como uma reacção natural a uma ameaça real ou imaginária. Quando a ansiedade e o medo se prolongam no tempo podem desencadear patologia física e psicológica associada ao stress. A vítima torna-se hipervigilante e foca-se no perigo mesmo que involuntariamente, o que aumenta a sua sensibilidade a esse mesmo perigo. Estes pensamentos intrusivos activam o funcionamento afectivo-emocional e levam o imaginário a antecipar o pior cenário, aumentando o grau de sofrimento face ao perigo real.

Na infância, o medo, assume um papel facilitador e protector – medo “desenvolvimental”. À luz da teoria evolutiva das emoções, o medo é uma propriedade que emerge e se desenvolve. Existem diversos factores ambientais que interferem directamente nesse processo: experiência própria, a modelagem (o medo desenvolve-se através da observação de comportamentos de medo e de pessoas significativas) e a transmissão de informação negativa.

De acordo com a ONU, a **Violência Doméstica** é uma forma grave de violação dos direitos humanos.

Este tema tem sido alvo de reflexão por parte do poder político, a nível internacional e nacional, tendo sido desenvolvidas estratégias e legislação.

No âmbito da intervenção no combate à VD, em 2002, a OMS, no “Relatório Anual de Violência e Saúde”, considerou os Serviços de Saúde como fundamentais uma vez que : “*...contactam com as populações em todos os momentos do ciclo de vida e em todas as dimensões de vida, fazendo parte do seu mandato social a inquirição sobre tudo o que diz respeito à saúde e bem-estar. Por último, os serviços de saúde estão dotados de uma enorme diversidade de profissionais constituindo, em conjunto, um vasto leque de competências que, quando conjugadas, representam um imenso potencial de intervenção.*” De acordo com o mesmo relatório, a Violência Doméstica passa a ser classificada como um **problema de Saúde Pública**.

Em 2010, a **OMS** vai mais longe ao afirmar que **o rastreio da violência doméstica nos serviços de saúde** deve constituir uma prática equiparada a qualquer outro rastreio. Mais, recomenda que esta prática tenha periodicidade anual, dirigida a todos os clientes com idade igual ou superior a 16 anos, sendo que a gravidez se reveste de especial importância.

O crime de VD é considerado **crime público**, e está consubstanciado no código penal, **Art.º 152º do código penal Lei 59/2007**, de 4 de Setembro de 2007.

“1 – Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus-tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitora de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica,

Ao nível do poder local, a Câmara Municipal de Cascais, criou planos de acção/orientação como o “Fórum Municipal de Cascais Contra a VD”.

### 3. OBJECTIVOS

#### Gerais

- Alertar para a identificação precoce da problemática da Violência Doméstica
- Identificar precocemente situações de VD

#### Específicos

- Diagnosticar precocemente situações de VD
- Promover a intervenção precoce no âmbito da VD
- Identificar o perfil da USF no âmbito da VD
- Avaliar a taxa de prevalência do medo numa dinâmica familiar de VD e quantifica-lo
- Avaliar a taxa de prevalência do autocontrolo do medo numa dinâmica familiar de VD
- Avaliar a taxa de prevalência do risco associado à gravidez num quadro de VD
- Avaliar a taxa de prevalência da capacidade parental numa família marcada pela VD

#### Indicadores (Epd2)

Taxa de prevalência do **medo** numa dinâmica familiar de VD e quantifica-lo.

O Universo escolhido corresponde ao número total de vítimas com vivências de situações de VD seja no passado ou no presente.

$$\text{Medo (actual)} = \frac{\text{Nº de vítimas com medo}}{\text{Nº total de vítimas de VD}} \times 100$$

Taxa de prevalência do **autocontrole do medo** numa dinâmica familiar de VD, avaliada segundo a escala da dor adaptada ao medo Apêndice 1 (Manual de Procedimentos), p.16.

Foi elaborada a escala de auto-avaliação do medo, por parte da vítima, adaptada da escala de avaliação da dor, em que foram incluídos a periodicidade avaliada em 5 itens.

$$\text{Auto – controlo do medo (actual)} = \frac{\text{Nº de vítimas de VD que se auto-classificaram na escala} < 3}{\text{Nº de vítimas de VD}} \times 100$$

Taxa de prevalência da **capacidade parental** num quadro de VD.

Número de crianças sinalizadas ao NACJR/CPCJ, durante o período em análise.

$$\text{Parentalidade comprometida} = \frac{\text{Nº de crianças jovens sinalizados ao NACJR/CPCJ}}{\text{Nº total de vítimas}} \times 100$$

Taxa de prevalência do **risco** associado à **gravidez** numa família marcada pela VD, comparando com as não vítimas

$$\text{Gravidez em risco} = \frac{\text{Nº de gravidezes de médio e alto risco}}{\text{Nº total de Vítimas}} \times 100$$

$$\text{Gravidez em risco} = \frac{\text{Nº de gravidezes de médio e alto risco}}{\text{Nº total de não Vítimas}} \times 100$$

#### **4. PERCEBER AS CAUSAS**

##### **a) IDENTIFICAÇÃO DA(S) DIMENSÃO(ÕES) EM ESTUDO**

A dimensão estudada foi a adequação técnico-científica.

##### **b) UNIDADES DE ESTUDO**

A unidade de estudo assumida foi o rastreio de situações de Violência Doméstica a todos os clientes com idade igual ou superior a 16 anos, a partir de 01.01.2016.

Todos os profissionais desta USF integraram voluntariamente o estudo.

##### **c) TIPO DE DADOS**

Processo/Estrutura/Resultados

##### **d) FONTE DE DADOS**

Observação e entrevista registadas em suporte de papel.

##### **e) TIPO DE AVALIAÇÃO**

Interna

Interpares

##### **f) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO**

Critérios explícitos – normativos

Optou-se por critérios mensuráveis e quantificáveis (Tabela 1)



I.	Idade	VII.	Questionário
II.	Género	a)	Alguma vez se sentiu insegura/o ou com medo de alguém?
	Feminino		Sim
	Masculino		Não
III.	Nacionalidade	b)	Alguém a/o tentou ou tenta controlar?
IV.	Habilitações literárias		Sim
V.	Profissão		Não
VI.	Raça/etnia	c)	Alguém alguma vez a/o feriu ou tentou ferir a si ou a alguém de quem cuida?
		d)	(Para as mulheres grávidas) Desde que está grávida alguma vez alguém lhe bateu, deu pontapés, uma estalada ou de algum modo a magoou fisicamente?
			Sim
			Não

Tabela 1 – Critérios de avaliação

### g) QUEM COLHE OS DADOS E COMO

O rastreio deve ser feito quando o cliente está a sós com o profissional. Não é seguro fazê-lo na presença do/a acompanhante, correndo o risco de se tratar do agressor ou de alguém que lhe transmita a informação.

#### **Pode iniciar-se o rastreamento com alguma das seguintes afirmações ou outra semelhante:**

“A violência familiar tem um enorme impacto na saúde e bem-estar das pessoas e é muito comum, pelo que eu pergunto a todos os meus utentes se alguém os tem ameaçado, magoado ou de algum modo violentado”.

“Estou tão preocupado com a violência doméstica que pergunto a todos os utentes sobre isso, tal como pergunto sobre todos os outros aspectos da saúde”.

Quadro 1 - Abordagem do cliente a quem vai ser feito rastreio de VD

#### **Após isto poderão então introduzir-se as seguintes questões específicas do rastreio de violência doméstica\*:**

- Alguma vez se sentiu insegura/o ou com medo de alguém (por exemplo o seu parceiro, um familiar ou qualquer outra pessoa)?
- Alguém a/o tentou ou tenta controlar (por exemplo, com quem você fala ou está, onde vai, o que ouve e como gasta o seu dinheiro)?
- Alguém alguma vez a/o feriu ou tentou ferir a si ou a alguém de quem cuida? Por exemplo, alguma vez alguém lhe bateu, deu pontapés, uma estalada ou forçou a ter atos sexuais contra sua vontade?
- (Para as mulheres grávidas) Desde que está grávida alguma vez alguém lhe bateu, deu pontapés, uma estalada ou de algum modo a magoou fisicamente?

Quadro 2 -. Questionário a aplicar para rastreio de VD

(\* Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital; Lopes, M., Gemito, L., e Pinheiro, F. – Violência doméstica: manual de recursos para a rede de intervenção integrada do distrito de Évora (2004: 59.)

O médico ou enfermeiro, no decorrer da primeira consulta do ano realizada na USF, deve fazer o rastreio de Violência Doméstica, através do preenchimento do questionário que consta do impresso elaborado para o efeito (apêndice 1).

Este procedimento deve obrigatoriamente **ser registado no processo clínico**. Ex.: *“foi realizado o rastreio de violência doméstica. O utente refere que no presente momento a violência não é uma preocupação sua”*.

## **h) RELAÇÃO TEMPORAL**

O estudo efectuado é do tipo concorrente.

O projecto decorrerá entre 01.01.2016 e 31.12.2016. No período em análise registaremos os dados relativos à percepção da relação do cliente com os seus familiares ou com alguém com quem o cliente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação.

## **i) DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO E SELECÇÃO DA AMOSTRA**

*Base institucional*

Todos os clientes maiores de 16 anos inscritos e frequentadores da USF Artemisa.

<b>População alvo</b>	<b>Periodicidade</b>
≥ 16 Anos	1 vez / ano
Grávidas	1º e 3º trimestre

Quadro 3. Representação da população alvo e periodicidade do rastreio de VD

## **j) QUAIS AS MEDIDAS CORRECTIVAS PASSIVEIS DE SEREM USADAS**

Formação em serviço a toda a equipa;

Reuniões com o objectivo de definir e estruturar procedimentos;

## **5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS / ACTIVIDADES**

Toda a Equipa foi envolvida.

Agendámos reuniões com a seguinte calendarização.

06.02.2015

Identificar o problema, definir objectivos, distribuir tarefas ao nível da revisão bibliográfica (problema e objectivos descritos nos pontos 1, 2 e 3 respectivamente).

20.03.2015

Partilha e discussão teórica-científica sobre o tema.

Distribuídas tarefas.

06.04.2015

Elaborar cronograma (Apêndice 2)

10.04.2015

Definir e estruturar procedimentos.

Identificar necessidades no plano dos recursos materiais e humanos.

Distribuídas tarefas.

08.05.2015

Tomada de decisões:

Fazer o rastreio a todos os clientes maiores de 16 anos e mulheres grávidas com inscrição na USF Artemisa.

O rastreio deve ser feito na primeira consulta do ano; à mulher grávida deverá realizar-se na primeira consulta e no terceiro trimestre;

O cliente deve estar sozinho com o profissional;

Esclarecer o cliente acerca dos critérios de inclusão no rastreio.

Levantamento das necessidades:

- Formação de todos os profissionais da equipa multidisciplinar;
- Elaboração de um instrumento de colheita de dados.

Distribuídas tarefas.

05.06.2015

Conhecer a rede institucional de intervenção no âmbito da VD para vítimas e para agressores

Definir e estruturar procedimentos em caso de identificação de uma situação de VD.

Distribuídas tarefas.

12.06.2015

Se no decorrer do rastreio for diagnosticada alguma probabilidade de VD, definiram-se os seguintes procedimentos:

Avaliar o perigo antes de definir estratégia a desenvolver

- Perigo imediato → Procedimento de urgência
- Perigo não imediato → Referência à rede adequando os recursos

Decidiu-se elaborar um “Manual de Procedimentos e Intervenção face à Violência Doméstica” (Apêndice 1);

14 e 15.05.2015

Formação de Apresentação do Roteiro da Rede segura. – Fórum Municipal Cascais Contra a Violência Doméstica.

03.07.2015

Apresentado, discutido e aprovado o instrumento de colheita de dados para o rastreio (Apêndice 1) e o Algoritmo de Rastreio de Violência Doméstica (Apêndice 1).

10.07.2015

Elaborado, apresentado e aprovado “Manual de Procedimentos” (Apêndice 1), onde estão compilados todos os procedimentos a desenvolver em relação ao Rastreio, ao Diagnóstico, à Avaliação do Perigo e ao Encaminhamento.

Este Manual de Procedimentos está disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0B12fL7tSgWVSWlpVemJfNklqbTQ/view>

Pela sensibilidade e delicadeza da problemática decidiu-se optar por treinar a abordagem do cliente através da simulação da aplicação do rastreio interpares.

Elaborado, apresentado e aprovado o Plano Orçamental (Apêndice3).

31.07.2015

Apresentado o projecto à Sr.<sup>a</sup> Directora Executiva do ACES de Cascais, que solicitou o parecer do Conselho Técnico e da Comissão de Ética.

17.09.2015

Submetido o projecto ao Conselho Executivo que irá pedir o parecer do Conselho Técnico e da Comissão de Ética da ARSLVT.

## **6. VERIFICAR OS RESULTADOS**

Saberemos mais sobre o perfil desta USF quando forem tratados dados relativos ao rastreio, previsto para Maio de 2016 (numa fase intercalar) e Dezembro de 2016.

## **7. PROPOR MEDIDAS CORRECTIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA**

Elaboramos o “Manual de Procedimentos” como forma de standardizar as intervenções de todos os elementos da equipa. Este será revisto e actualizado sempre que seja necessário.

Procurámos um questionário validado para português para efectuar rastreio a agressores, actualmente não existe nenhum.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ELECTRONICAS

- Brigham and Women's Hospital. Domestic violence. A guide to screening and intervention. Boston (MA): Brigham and Women's Hospital, 2004. Acedido em 10.02.2015.

[http://www.oconnorhouse.org/ngo/tool-kit/start\\_dv\\_center/SAMPLE%20DV%20%20Guide%20to%20Screening%20and%20Intervention%20-%20English.pdf](http://www.oconnorhouse.org/ngo/tool-kit/start_dv_center/SAMPLE%20DV%20%20Guide%20to%20Screening%20and%20Intervention%20-%20English.pdf)

- Câmara Municipal de Cascais, Plano Municipal de Cascais contra a Violência Doméstica 2014-2015, 2014. Acedido em 03.03.2015.

[http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pmcvd\\_2014-2015.pdf](http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/new/pmcvd_2014-2015.pdf)

- Câmara Municipal de Cascais, Rede segura - roteiro de intervenção nos casos de violência doméstica , 2013. Acedido em 03.03.2015.

[http://www.cmcascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/roteiro\\_rede\\_segura\\_cmc.pdf](http://www.cmcascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/roteiro_rede_segura_cmc.pdf)

- Conselho da europa. Comité de ministros - Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as Mulheres e a violência doméstica (Istambul, 2011). Acedido em 13.02.2015

<http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/20130620-pub-prevencao-e-combate-vdm-e-vd.pdf>

- Diário da República, 1ª série – nº 253 de 31 de Dezembro de 2013. Acedido em 13.02.2015

[file:///C:/Users/ana.c.aguiar/Downloads/V%20PNPCVDG\\_e%20Ret%2012.pdf](file:///C:/Users/ana.c.aguiar/Downloads/V%20PNPCVDG_e%20Ret%2012.pdf)

- DGS – Violência interpessoal: Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde, 2014. Acedido em 30.03.2015.

[file:///C:/Users/ana.c.aguiar/Downloads/i021090%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ana.c.aguiar/Downloads/i021090%20(1).pdf)

- F., Gradin, N. – Igualdade de Género em Portugal (2012, 2013). Acedido em 10.03.2015.

<http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/igualdade-genero-2012.pdf>

- Karin V. Rhodes and Theodore J. Iwashyna - Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: Support for Health Care Interventions Targeted at Level of RiskSantos (2009). Acedido em 30.01.2015

<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/65004/10.Rhodes.I.Behaviour.Change.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lopes, M., Gemitto, L., e Pinheiro, F. Violência doméstica: manual de recursos para a rede de intervenção integrada do distrito de Évora. Acedido em 05.01.2015

[http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7238/1/Viol%C3%Aancia%20Domestica\\_Manual\\_Recursos%20RIIDE-c%C3%B3pia.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/7238/1/Viol%C3%Aancia%20Domestica_Manual_Recursos%20RIIDE-c%C3%B3pia.pdf)

- Machado, A., Matos, M. - Violência Doméstica: Intervenção em grupo com Mulheres Vítimas. Manual para profissionais, 2011. Acedido em 10.03.2015

<http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/vd-intervencao-em-grupo-com-mulheres-vitimas.pdf>

- Ministério da Administração Interna. Violência Doméstica 2013, 2014. Acedido em 10.03.2015.

<http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VD%202013%20v14ago2014.pdf>

- Ministério da Administração Interna. Violência Doméstica 2012, 2013. Acedido em 10.03.2015.

<http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/VD%20Relatorio%20anual%202012.pdf>

- National Consensus Guidelines. On identifying and responding to domestic violence victimization in health care settings, 2004. Acedido em 29.04.2015.

<http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Consensus.pdf>

- ONU – Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Acedido em 13.02.2015.

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>

- ONU – Estratégias Internacionais para a Igualdade de Género. A plataforma de acção de Pequim (1995-2005), 2013. Acedido em 10.03.2015.

<http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/20130730-estrategias-internacionais-igualdade-genero.pdf>

- OE (2013). Guião para a Organização de Projectos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido em 13.02.2015. Disponível em::

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

- OE (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Acedido em 01.04.2015. Disponível em::

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123%202011%20CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf>

- OE (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Acedido em 10.05.2015. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- OE (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Acedido em 30.09.2015. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%C2%BA%20Concurso%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade%202015/Resumo%20Minimo%20de%20dados.pdf>

Planos Nacionais 2014 – 2017, 2014. Acedido em 13.02.2015.

<file:///C:/Users/ana/Desktop/VD/PNCVD%202013-2017.pdf>

- Reichenheim, M. E., Morais, C. L., e Hasselmann, M. H. - Equivalência semântica da versão em português do instrumento “Abuse Assessment Screen” para rastrear a violência contra a mulher grávida Rev. Saúde Pública, 34 (6): 610-16, 2000. Acedido em 30.01.2015

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3575.pdf>

- Rhodes e Iwashyna - Male Perpetrators of Intimate Partner Violence: Support for Health Care (2009). Acedido em 15.06.2015

<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/65004/10.Rhodes.I.Behaviour.Change.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Vieira, C. M. C. – Educação Familiar, Estratégias para a promoção da igualdade de género, (2013). Acedido em 11.06.2015.

<http://www.igualdade.gov.pt/images/stories/documentos/documentacao/publicacoes/20140110-educacao-familiar.pdf>

- Viveiros, A. C. - A Relação Pedagógica em Contexto Real de Trabalho (2007). Acedido em 11.06.2015.

<file:///C:/Users/ana.c.aguiar/Desktop/psic/comunica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

### **“Manual de Procedimentos e Intervenção face à Violência Doméstica”**

Este Manual de Procedimentos está disponível em:

<https://drive.google.com/file/d/0B12fL7tSgWVSWlpVemJfNklqbTQ/view>

## **APÊNDICE 2**

### **“Cronograma”**

## CRONOGRAMA DO PROJECTO “ICEBERG”

Tarefas	2015											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Formular objectivos iniciais												
Perceber as causas - revisão bibliográfica												
Planear e executar tarefas/actividades				A,B,C,D	A,C,D	A, C, D	E, F, G		H, I			

A - Formação a toda a equipa; B - Elaborar cronograma; C - Diagnosticar necessidades / identificar recursos; D - Definir e estruturar procedimentos; E – Apresentar, discutir e aprovar o instrumento de colheita de dados para o rastreio de vítima de Violência Doméstica; F - Elaborar manual de procedimentos; G - Submeter o projecto à Direcção Executiva do ACES de Cascais; H - Submeter o projecto ao Conselho Clínico do ACES de Cascais; I - Solicitar parecer da Comissão ética da ARSLVT.

Tarefas	2016											
	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Início do projecto												
Verificar resultados												
Propor medidas correctivas, standardizar												
Reconhecer e partilhar sucesso												

## **APÊNDICE 3**

### **“Plano Orçamental”**

## PLANO ORÇAMENTAL

Os dados epidemiológicos relacionados com a violência doméstica são, efectivamente difíceis de apurar, pelo que optámos por recorrer aos números nacionais publicados no RASI.

Fizemos o levantamento da população com idade igual ou superior a 16 anos inscrita na USF, bem como o número de vítimas e agressores de VD já identificados; estimámos em 50% da taxa de utilização da USF e que reúnem todos os critérios de inclusão no rastreio (estar a sós com o profissional e ter idade  $\geq 16$  anos). Estimámos o número de horas necessárias por classe profissional e consideramos para o valor/hora a média da USF.

### 1. INDICADORES DE EXECUÇÃO E METAS

Indicadores		Metas			
Referência	Nome	Histórico 2014	2015	2016	2017
	Número de clientes inscritos na USF Artemisa com $\geq 16$ anos	10007 <sup>(1)</sup>	10767 <sup>(2)</sup>	10767 <sup>(2)</sup>	10767 <sup>(2)</sup>
	Número de grávidas com 1 consulta na USF Artemisa no 1º trimestre	76	90	90	90
	Percentagem grávidas inscritas na USF Artemisa no 3º trimestre	70	83	83	83

<sup>(1)</sup> 84,78% da população inscrita na USF Artemisa; <sup>(2)</sup>  $[N^{\circ} \text{ de médicos (3)} \times 1900] + [N^{\circ} \text{ de médicos (4)} \times 1750] \times 84,78\% = 10767$ .

**Quadro 1** – Indicadores e metas de clientes com idade  $\geq 16$  anos e grávidas.

### 2. DESCRIÇÃO DA ACTIVIDADE

Rastreio de Violência Doméstica		
<b>Quem</b>	Enfermeiros, Médicos	
<b>Como</b>	Por iniciativa do médico ou do enfermeiro Durante a consulta agendada pelo cliente Aplicado questionário se o cliente estiver a sós com o profissional	
<b>Onde</b>	Gabinetes médicos e de enfermagem	
<b>Quando</b>	Todos os dias úteis durante o ano	
<b>Avaliação</b>	52	Percentagem de clientes vítimas identificados antes do rastreio
	21	Percentagem de clientes agressores identificados antes do rastreio
		Percentagem de clientes vítimas identificados através do rastreio
		Percentagem de clientes agressores identificados através do rastreio
	0	Percentagem de grávidas vítimas de VD já identificadas
		Percentagem de grávidas vítimas de VD identificadas através do rastreio
<b>Duração / rastreio</b>	52 sem.	Atendimento administrativo – 15 minutos/semana
	2735 <sup>(1)</sup>	Atendimento de enfermagem – 5 minutos
	2735 <sup>(1)</sup>	Atendimento médico - 5 minutos
<b>Duração / rastreio positivo</b>	14 <sup>(2)</sup>	Atendimento administrativo – 5 minutos
	7 <sup>(3)</sup>	Atendimento de enfermagem – 20 minutos
	7 <sup>(3)</sup>	Atendimento médico - 20 minutos

<b>Utilização</b>	Todos os clientes com $\geq 16$ anos Inscritos na USF Artemisa Todas as grávidas no 1º trimestre Inscritas na USF Artemisa Todas as grávidas no 3º trimestre Inscritas na USF Artemisa
-------------------	--

<sup>(1)</sup> (Nº de estimado de Rastreios = nº inscritos com idade  $\geq 16$  anos + 1º consulta da grávida no 1º trimestre + última consulta da grávida no 3º trimestre) / 4; <sup>(2)</sup> Nº estimado de rastreios x 2,62‰ (Taxa de incidência de VD ‰ habitantes na região de Lisboa, RASI, p. 51) x 2; <sup>(3)</sup> Nº estimado de rastreios x 2,62‰ (Taxa de incidência de VD habitantes na região de Lisboa, RASI, p. 51)

**Quadro 2** – Indicadores e metas de Rastreio de VD

### 3. CARGA HORÁRIA

<b>Carga Horária- 2016</b>						
<b>Actividade</b>	<b>Médicos<sup>(1)</sup></b>		<b>Enfermeiros<sup>(2)</sup></b>		<b>Administrativos<sup>(3)</sup></b>	
	Nº horas / ano	Custo / ano	Nº horas / ano	Custo / ano	Nº horas / ano	Custo / ano
Rastreio de VD	227h55	7756€	227h55	3799,37€	52	464,88€
Intervenção em rastreio positivo	2h20	79,40€	2h20	37,89€	1h10.	10,43€
<b>Total</b>	228h55	7835,4€	229h15	3837,26€	52h35	655,31€

<sup>(1)</sup> Valor médio/hora do médico da USF Artemisa = 34,03; <sup>(2)</sup> Valor médio/hora do enfermeiro da USF Artemisa = 16,67; <sup>(3)</sup> Valor médio/hora do administrativo da USF Artemisa = 8,94

**Quadro 3** – Carga horária para Rastreio/Intervenção em situação de VD / ano.

### 4. Recursos Materiais

<b>Recursos materiais - 2016</b>				
<b>Actividade</b>	<b>Material escritório</b>		<b>Contactos telefónicos</b>	<b>Material didáctico (divulgação do projecto)</b>
	Fotocópias	Dossier		
Rastreio de VD	218,8€ <sup>(1)</sup>	3,98 <sup>(3)</sup>	-	71,7€ <sup>(5)</sup>
Intervenção se rastreio positivo	0,56€ <sup>(2)</sup>	1,99€ <sup>(4)</sup>	2.52€ <sup>(5)</sup>	
<b>Total</b>	219,36€	5,98€		71,7€

<sup>(1)</sup> Nº de rastreios previstos (5470) x preço unitário da fotocópia (0.02€) x 2; <sup>(2)</sup> Nº de rastreios positivos previstos (14) x preço unitário da fotocópia (0.02€) x 2; <sup>(3)</sup> Preço unitário x 2; <sup>(4)</sup> Preço unitário x 1; 2 posters x 35.85; <sup>(5)</sup> 5 min. x preço de chamadas telefónicas (0,18€) x nº rastreios positivos (14).

**Quadro 4** – Recursos materiais previstos para Rastreio/Intervenção em situação de VD / ano.