

2º Ciclo

Mestrado em Medicina Legal

Barreiras e facilitadores de denúncia pelos
médicos de família de episódios de violência
doméstica

M

2022



Diana Nadine Moreira. Barreiras e facilitadores de denúncia pelos
médicos de família de episódios de violência doméstica



M.ICBAS 2022

**Barreiras e facilitadores de denúncia
pelos médicos de família de
episódios de violência doméstica**

Diana Nadine
Moreira



Diana Nadine Santos Moreira

Barreiras e facilitadores de denúncia pelos médicos de família de episódios de violência doméstica

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina Legal, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora – Doutora Mariana Pinto da Costa

Categoria – Professora Auxiliar convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

“We are effectively destroying ourselves by violence masquerading as love.”

Ronald David Laing

Agradecimentos

À Doutora Mariana Pinto da Costa, minha orientadora, o meu mais profundo e sincero agradecimento. Muito obrigada por ter aceite percorrer comigo este caminho, que se mostrou longo, mas muito enriquecedor. Pela sua dedicação, preocupação, paciência e conselhos. Pelos projetos que partilhamos desde a publicação dos meus primeiros artigos científicos, e tutoria na apresentação deste e outros trabalhos em múltiplos congressos. Desde já, o meu muito obrigada.

À Professora Doutora Maria José Pinto da Costa, pela sua disponibilidade e apoio durante este percurso.

A todos os participantes pela sua valiosa colaboração.

À minha família cujo trabalho permitiu-me perseguir as minhas aspirações académicas.

Muito obrigada.

Resumo

Introdução: A Violência Doméstica (VD) é um problema de saúde pública grave, prevalente e com consequências devastadoras para as vítimas e as suas famílias. O número de denúncias de VD às autoridades tem vindo a aumentar nos últimos anos. No entanto, muitas vítimas optam por não denunciar. Com vista a aumentar o número de denúncias, promovendo a proteção das vítimas e a persecução dos agressores, a VD tornou-se crime público em Portugal. As vítimas de VD apresentam múltiplos problemas de saúde e procuram frequentemente ajuda profissional. Os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) encontram-se numa posição privilegiada para a deteção e denúncia de casos de VD às autoridades. No entanto, pouco se sabe sobre o que motiva estes profissionais a apresentar, ou não, uma denúncia às autoridades de casos de VD de que tenham conhecimento no exercer das suas funções.

Objetivos: Averiguar a opinião dos médicos especialistas em MGF sobre a obrigatoriedade de denúncia da VD, o seu papel na gestão de casos de VD, e quais os fatores que constituem barreiras ou facilitadores da apresentação de denúncia às autoridades.

Metodologia: Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas a médicos especialistas em MGF das Administrações Regionais de Saúde de Portugal Continental. Estas entrevistas foram realizadas presencialmente ou por videoconferência e foram áudio-gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com recurso à técnica de análise temática. Foi feita a análise de conteúdo para determinar se os temas e subtemas encontrados se relacionavam com a concordância ou discordância dos profissionais de saúde em relação à legislação em vigor.

Resultados: Cinquenta e quatro médicos aceitaram participar neste estudo (n=39 mulheres, n=15 homens). Os principais temas que surgiram da análise temática foram “Papel do médico”, “Barreiras à denúncia relacionadas com a atividade médica”, “Barreiras à denúncia relacionadas com a vítima e/ou agressor”, “Facilitadores de denúncia relacionados com a atividade médica” e “Facilitadores de denúncia relacionados com a vítima e/ou agressor”. A maioria dos médicos concorda com a obrigatoriedade de denúncia, ainda que muitas barreiras tenham sido apresentadas.

Conclusões: Os médicos encaram a sua intervenção na gestão dos casos de VD de uma forma abrangente, assumindo múltiplos papéis no seguimento dos seus utentes,

antes e após a apresentação de uma denúncia às autoridades. A apresentação, ou não, de uma denúncia é motivada pela interação entre múltiplas barreiras e facilitadores, que condicionam a posição dos médicos face à legislação em vigor. Os resultados deste estudo podem incentivar o desenvolvimento de novas intervenções na área da VD, quer a nível de investigação, quer no que diz respeito ao desenvolvimento de novas medidas sociais e legislativas.

Palavras chave: Violência Doméstica; Medicina Geral e Familiar; Obrigatoriedade de denúncia; Crime Público;

Abstract

Introduction: Domestic violence (DV) is a serious, prevalent public health problem with devastating consequences for the victims and their families. The number of cases reported to the authorities has risen in recent years. However, many victims still chose not to present a report. To enhance the number of reports, promoting victims' protection and the persecution of the aggressors, DV became a public crime in Portugal. Victims of DV present multiple health problems and frequently look for professional help. Family doctors are in a privileged position to detect and report cases of DV to the authorities. However, little is known regarding what motivates these professionals to present, or not, a report of DV cases encountered in their practice to the authorities.

Aim: To assess family doctors' opinions regarding mandatory reporting of DV, their role in managing DV cases, and what factors constitute barriers or facilitators when reporting these cases to the authorities.

Methodology: Semi-structured interviews were conducted with family doctors from all Regional Health Administrations of Continental Portugal. These interviews were performed in person or by videoconference, audio recorded, transcribed, and analyzed using thematic analysis. Content analysis was performed to determine the themes and subthemes related to the agreement or disagreement regarding the current legislation.

Results: Fifty-four family doctors agreed to participate in this study (n=39 women, n=15 men). The main themes that arose from the thematic analysis were: "Physicians Role," "Reporting barriers related to the physician's activity," "Reporting barriers related to the victim and/or the aggressor," "Reporting facilitators related to the physician's activity," "Reporting facilitators related to the victim and/or the aggressor." Most doctors agree with the mandatory reporting of DV cases, although many barriers were presented.

Conclusions: The doctors see their intervention regarding DV in a comprehensive way, assuming multiple roles in the follow-up of their patients before and after reporting to the authorities. The decision to report, or not, a case of DV is motivated by the interaction of multiple barriers and facilitators that condition the opinion of the doctors regarding the current legislation. The results of this study can incentivize the development of new interventions regarding DV, either in the investigation field or in the development of new social and legislative measures.

Keywords: Domestic Violence; Family Medicine; Mandatory Reporting; Public Crime

Lista de abreviaturas

APAV – Associação de Apoio à Vítima

ARS – Administração Regional de Saúde

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

GNR – Guarda Nacional Republicana

IJUP – Encontro de Investigação Jovem da Universidade do Porto

MGF – Medicina Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PJ – Polícia Judiciária

PSP – Polícia de Segurança Pública

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

VD – Violência doméstica

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Lista de abreviaturas.....	viii
Índice de Ilustrações	xii
Índice de Tabelas	xiii
Introdução	1
Visão geral	1
Definição.....	1
Epidemiologia.....	2
Violência doméstica como crime público.....	4
O problema da falta de denúncia	4
Crime público – uma política controversa.....	5
O papel dos profissionais de saúde.....	9
Impacto da violência doméstica na saúde da vítima.....	9
Intervenção médica.....	10
Questões Científicas	14
Metodologia	15
Recrutamento de participantes	15
Recolha de dados e análise.....	15
Declaração ética	17
Resultados	19
Papel do médico	21
Realização de atividades preventivas de VD	25
Deteção de casos de VD durante a consulta	25
Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante	26
Ser uma fonte de apoio e suporte emocional.....	26
Referenciação e articulação com outras entidades.....	26
Registar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor	27
Denunciar o caso às autoridades	27

Intervenção com os agressores	28
Proteção de outros indivíduos	29
Barreiras e facilitadores de denúncia.....	30
Barreiras relacionadas com a atividade médica.....	31
Dificuldade de detecção	34
Falta de tempo e burocracia.....	34
Falta de conhecimento.....	35
Falta de regulamentação	35
Medo do falso testemunho	36
Quebra da relação médico-doente.....	36
Sigilo profissional	36
Medo de represálias para o médico	37
Alternativas percebidas como mais benéficas	37
Resposta percebida como ineficaz	38
Não ser da sua responsabilidade.....	38
Violência aceitável como resposta a violência	38
Barreiras relacionadas com a vítima e/ou agressor	39
Autonomia da vítima.....	40
Gravidade da violência	40
Risco de recorrência ou escalada da violência	40
Falta de colaboração da vítima.....	41
Facilitadores relacionados com a atividade médica.....	42
Denúncia anónima	43
Conhecimento do caso	43
Sentimento de culpa por não denunciar	43
Resposta percebida como eficaz.....	44
Testemunho da ocorrência.....	44
Facilitadores relacionados com a vítima e/ou agressor	45
Envolvimento de pessoa frágil	46
Falta de apoio social e/ou familiar.....	46
Pedido da vítima	46
Gravidade da violência e perigo de vida iminente	46
Relação entre os temas e subtemas	47
Análise de conteúdo.....	48
Discussão.....	51

Pontos fundamentais do estudo	51
Pontos fortes e limitações	52
Comparação com a literatura.....	53
Implicações do estudo para a prática, políticas e investigação.....	57
Conclusões	59
Anexos	60
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética do CHUP/ICBAS.....	60
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte	61
Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro	63
Anexo 4 - Parecer da Comissão de Ética da ULS Norte Alentejano.....	64
Apêndices.....	66
Apêndice 1 – Informação ao Participante	66
Apêndice 2 – Consentimento informado	69
Apêndice 3 – Questionário sociodemográfico	71
Apêndice 4 – Guião da entrevista.....	73
Apêndice 5 - Lista de apresentações do estudo em eventos nacionais e internacionais.....	74
Apêndice 6 - COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist.....	76
Bibliografia.....	78

Índice de Ilustrações

Figura 1: Relações entre os temas e subtemas	47
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes	20
Tabela 2: Subtemas relacionados com o “Papel do médico”	21
Tabela 3: Citações sobre o papel dos médicos de família	22
Tabela 4: Temas e subtemas sobre as barreiras e facilitadores de denúncia de casos de VD por parte dos médicos de família	30
Tabela 5: Citações barreiras à denúncia por parte dos médicos de família relacionadas com a sua atividade clínica	31
Tabela 6: Citações barreiras à denúncia por parte dos médicos de família relacionadas com a vítima ou o agressor	39
Tabela 7: Citações sobre facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família relacionados com os mesmos	42
Tabela 8: Citações sobre facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família relacionados com os mesmos	45
Tabela 9: Prevalência de cada tema e subtema em relação com a concordância ou discordância de cada participante face à denúncia obrigatória de casos de VD pelos médicos de família	48

Introdução

Visão geral

Definição

A violência doméstica (VD) constitui um grave problema social e de saúde pública, altamente prevalente e globalmente disseminado [1]. A forma como os múltiplos sistemas criminais a nível mundial encaram e contextualizam a VD difere em algumas particularidades, mas de uma forma geral esta é definida na literatura como qualquer ato de violência física, sexual ou psicológica perpetrada no seio de uma relação de intimidade [2].

Em Portugal a VD constitui um ato criminoso balizado pelo Artigo 152º do Código Penal:

“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 de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou
- d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;
- e) A menor que seja seu descendente ou de uma das pessoas referidas nas alíneas a), b) e c), ainda que com ele não coabite;”

Assim, esta lei mostra-se lata no sentido em que se aplica a vários tipos de violência (física, psicológica, sexual, económica e privação de liberdade), de casais (hétero ou homossexuais) e de vítimas em diferentes circunstâncias não implicando uma

relação conjugal ou análoga, mas também, salvaguardando os direitos de outros coabitantes em situações de maior vulnerabilidade e a pais de descendentes comuns.

Estudos sobre a dinâmica de um relacionamento permeado por episódios de VD demonstram que na maioria dos casos a conduta psicológica subjacente é caracterizada por uma diferença de poder entre vítima e agressor [3]. Esta diferença de poder pode manifestar-se sobre uma forma de controlo, por parte do agressor, das relações familiares e de amizade da vítima, através da monitorização dos seus movimentos e pela restrição do acesso a informação, a bens económicos e a assistência técnica, incluindo aos cuidados de saúde [2-4]. A violência psicológica pode incluir ainda, ameaças de violência física ou sexual e a utilização de gestos ou armas para comunicar uma intenção violenta. Estas dinâmicas coercivas precedem frequentemente formas de violência física, sendo esta, no entanto, menos frequente [3].

A violência física inclui qualquer tipo de ação que implique o uso intencional de força com vista a causar dano a outrem. Pode ocorrer de forma isolada ou crónica, sendo que mulheres vítimas de violência física frequentemente experienciam múltiplos episódios ao longo do tempo [2]. Ser vítima de um tipo de violência pode aumentar o risco face a outros tipos. Por exemplo, um estudo demonstrou que até 68% das mulheres vítimas de violência física foram também abusadas sexualmente [5].

A violência sexual inclui o uso de força de forma a compelir alguém a participar num ato sexual contra a sua vontade, quer este seja completado ou não. Inclui ainda a tentativa ou ato sexual envolvendo uma pessoa sem capacidade de autodeterminação ou que por situação de doença, deficiência, ou influência de álcool, ou outras substâncias não for capaz de comunicar a sua vontade.

Epidemiologia

a) A realidade internacional

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, globalmente, uma em cada três mulheres experiencie violência física e/ou sexual ao longo da sua vida. Em 2005, a OMS promoveu um estudo internacional, em que foram contactadas mais de 24,000 mulheres, de 10 países diferentes, e questionadas sobre a sua experiência pessoal relativamente à vivência de situações violentas em relações de intimidade:

- 13-61% reportaram ter experienciado violência física;
- 4-49% reportaram ter experienciado violência física severa;
- 6-59% reportaram ter experienciado violência sexual;
- 20-75% reportaram ter experienciado atos emocionalmente abusivos, perpetrados por um companheiro [6].

Apesar das diferenças geográficas, económicas e culturais, que motivam as diferentes prevalências apresentadas, estes resultados demonstram a universalidade do problema.

Entre as vítimas do género masculino, os estudos diferem, sendo que a prevalência poderá variar entre um em cada quatro e um em cada dez homens [7, 8]. Para além de possíveis diferenças entre as populações estudadas, esta disparidade entre prevalências pode ser explicada pela existência de dois padrões distintos de violência entre casais:

1. Um padrão de violência progressivamente mais severa e grave, associada a múltiplas formas de abuso, ameaça, terror psicológico e comportamentos possessivos e controladores por parte do agressor;

2. Uma forma mais moderada de violência relacional, em que sentimentos contínuos de raiva e frustração levam a erupções ocasionais de violência física.

Este segundo padrão de violência é o mais frequentemente associado a situações em que a vítima é do género masculino [2]. Por outro lado, as mulheres têm uma maior probabilidade de serem vítimas de formas de violência mais severa, resultando em ferimentos mais graves e com necessidade de recorrer a ajuda profissional [9, 10].

Os dados disponíveis em vários países demonstram que a VD resulta num elevado número de mortes por homicídio entre vítimas do género feminino, com valores que variam entre os 40 e os 70%. Esta realidade, contrasta com o homicídio de vítimas do género masculino, em que a maioria dos homicidas é estranho à vítima [2].

b) A realidade nacional

A VD é o crime mais cometido em Portugal [11]. A Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, com base em dados cedidos pela Polícia de Segurança Pública (PSP) e Guarda Nacional Republicana (GNR), registou 26511 ocorrências durante o ano de 2021. Durante o primeiro semestre de 2022, foram registadas 14363 ocorrências, o que em comparação com o período homólogo de 2021 se traduz num acréscimo de 2192 no número de casos [12].

Há, no entanto, que ter em conta que nem todos os casos são reportados às autoridades. Dos 25838 pedidos de apoio registados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) em 2021, apenas 46% foram denunciados às autoridades. Tendo em conta que a VD levou a 76.8% (n=19.846) do total de pedidos realizados, podemos inferir que a maioria destes casos não chega a ser denunciada [13].

O número de homicídios no contexto de VD em Portugal, é também alarmante, registando-se em 2021 um total de 23 vítimas. Destas 16 eram mulheres, 5 eram homens e 2 eram crianças. No primeiro semestre de 2022 registaram-se já 17 vítimas (16 mulheres e 1 criança), mais quatro que no mesmo período do ano anterior [12].

Violência doméstica como crime público

O problema da falta de denúncia

Apesar dos números apresentados serem preocupantes e da crescente atenção dos meios de comunicação social para esta problemática, apenas uma fração dos crimes de VD são denunciados às autoridades.

Estudos de base populacional demonstram que as vítimas consideram cuidadosamente quando, e se devem abandonar uma relação violenta, examinando os prós e contras de qualquer tomada de decisão. Isto, em parte, pode influenciar a sua decisão em apresentar uma denúncia às autoridades e em colaborar, ou não, com os procedimentos legais [14, 15]. Diferenças sociais e culturais, e a perceção por parte da vítima do seu papel no seio familiar e na relação, podem adquirir grande influência na tomada de decisão. Em sociedades mais tradicionais e paternalistas a mulher assume, frequentemente, um papel mais submisso, sendo responsável por cuidar da casa e da

família [2, 15]. Por outro lado, homens heterossexuais, vítimas de VD, frequentemente veem-se como responsáveis pelo comportamento das suas companheiras, atribuindo os seus atos violentos a uma maior fragilidade emocional ou a fatores externos fora do seu controlo. Esta tomada de responsabilidade pelo comportamento da agressora faz com que os homens sejam menos propensos a apresentar uma denúncia [16].

As razões comuns apresentadas pelas vítimas e que as podem levar a permanecer num relacionamento violento são: medo de que não acreditem na sua denúncia, receio de retaliação por parte do agressor, falta de suporte económico, preocupação com os filhos, dependência emocional, ausência de suporte familiar ou de amigos, sentimentos de vergonha face à sua situação, medo de ser ostracizada socialmente (em especial em países culturalmente mais conservadores) e esperança de que o parceiro(a) mudará o seu comportamento [14, 15, 17].

Estudos demonstram que 20 a 70% das mulheres vítimas de abuso nunca haviam falado sobre o mesmo até ao momento da entrevista. Aquelas que o fazem procuram mais frequentemente ajuda por parte de familiares e amigos do que por instituições. São ainda menos aquelas que contactam as autoridades [2].

Crime público – uma política controversa

Com vista ao aumento do número de denúncias, permitindo assim, a proteção da vítima e a penalização do agressor, no ano 2000, a VD tornou-se crime público em Portugal. Isto significa que:

- 1) O processo ocorre mesmo contra a vontade do titular dos interesses ofendidos. Ou seja, para que seja dado andamento ao mesmo basta a notícia da sua ocorrência às autoridades judiciais ou policiais, independentemente de esta ter sido feita em concordância, ou não, com os desejos da própria vítima.
- 2) A denúncia facultativa pode ser feita por qualquer pessoa.
- 3) O carácter facultativo da denúncia aplica-se à população em geral, mas as entidades policiais e funcionários públicos são obrigados a denunciar os crimes de que tenham conhecimento no exercício das suas funções [18].

Este tipo de legislação de denúncia obrigatória, no contexto da VD, existe apenas em alguns países tais como Portugal, Espanha, Croácia e alguns estados dos Estados Unidos da América. Trata-se de uma política controversa e pouco estudada, sendo que

têm sido levantadas múltiplas questões quanto à sua eficácia e aplicabilidade. Existem importantes diferenças legislativas a nível internacional, particularmente no que diz respeito ao apoio prestado às vítimas durante e após o processo de denúncia. Estas diferenças podem justificar diferentes opiniões relativamente à obrigatoriedade de denúncia [19].

Uma das diferenças encontradas refere-se ao envolvimento da população em geral no processo de denúncia, sendo que na maioria dos casos, leis de obrigatoriedade de denúncia de VD limitam a sua aplicabilidade a profissionais de saúde. Este tipo de legislação acrescenta um novo degrau de complexidade na interação entre as vítimas e agressores com os cuidados de saúde. Esta acrescida complexidade faz com que os profissionais de saúde enfrentem novos desafios na gestão dos seus utentes, manifestando preocupação sobre aquela que será a resposta mais adequada da sua parte face à problemática da VD (**ver: O papel dos profissionais de saúde**).

a) A favor da denúncia obrigatória

Na base das políticas de denúncia obrigatória de casos de VD está a vontade de oferecer às vítimas maior segurança, pela sinalização da sua situação às autoridades competentes, e de levar à justiça os agressores, pelo aumento da deteção do número de casos [20]. Particularizando para os profissionais de saúde, acredita-se que leis de denúncia obrigatória os levariam a estar mais atentos, aumentando a sua capacidade de deteção e documentação de casos de VD. Estes registos, por sua vez, são de extrema importância na fundamentação do processo contra o agressor [21]. Além disso, leis de denúncia obrigatória libertam a vítima do fardo da denúncia e enviam uma mensagem clara aos agressores de que a VD é vista como um crime grave e inadmissível [19, 20, 22].

A denúncia de casos de VD poderá, ainda, apresentar outros benefícios a nível social. Um estudo demonstrou que crianças expostas a VD apresentam piores resultados académicos em comparação aos seus pares, e que este efeito negativo desaparece completamente após a apresentação de uma denúncia [23].

Estudos têm demonstrado que, quando questionadas, a maioria das vítimas de VD parece concordar com leis de denúncia obrigatória [24, 25]. Nos EUA foi realizado um questionário sobre denúncia obrigatória, comparando a visão das vítimas, após estas recorreram a 12 diferentes serviços de urgência, em dois estados: Califórnia, onde

a denúncia é obrigatória, e Pensilvânia, onde não o é. Este estudo não encontrou diferenças significativas na opinião das vítimas. Dos 1218 pacientes questionados 56% das vítimas concordavam com a obrigatoriedade de denúncia, ao passo que entre os pacientes que não tinham sofrido qualquer abuso o nível de concordância subia para 71% [25]. No entanto, é importante notar que, mesmo que a maioria das vítimas concorde com a denúncia obrigatória, estes valores são inferiores aos observados quando a população geral é questionada [25-27].

No debate sobre obrigatoriedade de denúncia surge frequentemente a ideia de que as vítimas, sabendo que os profissionais de saúde teriam a obrigação de denunciar, poderiam escolher não procurar cuidados de saúde, ou tentar esconder, ou dissimular a causa das suas lesões. No entanto, um estudo demonstrou que o conhecimento desta legislação não influencia a decisão da vítima em procurar cuidados médicos para o tratamento de lesões relacionadas com VD [28], e um outro estudo mostrou que a maioria das vítimas (61%) falaria com o profissional de saúde sobre o abuso, mesmo sabendo que este seria obrigado a denunciar [29]. Contudo, estas observações não são consistentes entre estudos e é essencial adotar medidas que garantam a segura aplicação da lei, sem comprometer a capacidade das vítimas na procura de cuidados de saúde [30, 31].

b) Contra a denúncia obrigatória

Leis de denúncia obrigatória podem fundamentar intervenções na área da VD ao aumentar a recolha de dados demográficos e clínicos referentes às vítimas e agressores [20]. No entanto, a informação recolhida com base nesta legislação pode ser enviesada pelo fato de muitos profissionais não terem conhecimento da mesma, ou não concordarem com a sua aplicação, o que pode levar à falta de colaboração da sua parte e a um número de denúncias que não corresponde à realidade [32, 33].

Os objetivos principais de leis de denúncia obrigatória: promover a segurança da vítima e a persecução do agressor, podem ser comprometidos na ausência de uma estrutura de suporte que apoie a vítima durante e após a denúncia [34]. Na ausência de uma resposta eficaz após a denúncia, a confiança da vítima no sistema (profissionais de saúde, agentes policiais e judiciais) pode ser comprometida e a sua segurança pode ser posta em causa [14]. O potencial comprometimento da segurança da vítima, devido ao risco de retaliação por parte do agressor após a denúncia, é uma das maiores

preocupações referentes às leis de denúncia obrigatória [30]. Como descrito anteriormente, se a vítima não quiser que uma denúncia seja efetivada poderá abster-se em procurar ajuda ou dissimular a causa das suas lesões [14, 22, 35]. Frequentemente os mesmos estudos que demonstram que a maioria das vítimas concordam com leis de denúncia obrigatória, também revelam que as mesmas estariam menos propensas a revelar o abuso caso estas estivessem em vigor [22, 30, 31, 36]. Esta ambivalência é ilustrativa da complexidade da VD.

Alguns estudos demonstram que as vítimas podem sentir alívio ao lhes ser retirada a responsabilidade de apresentar a denúncia [30, 31, 36]. No entanto, isto não significa que as vítimas prefiram ser completamente excluídas do processo de decisão, podendo até ficar ressentidas se uma denúncia for feita sem o seu conhecimento e aprovação [22, 26, 30, 31]. Se a decisão de permanecer numa relação violenta é um processo racional, tal como discutido anteriormente, a participação da vítima na escolha do momento de denúncia, poderá garantir-lhe maior segurança, dando-lhe a hipótese de elaborar um plano de fuga e concedendo-lhe uma maior perceção de controlo sobre a situação [14, 15, 22]. Assim sendo, ao apresentar uma denúncia sem a aprovação da vítima é importante refletir sobre as razões que motivam a sua decisão e quais as possíveis consequências em avançar com os procedimentos legais, mesmo contra a sua vontade.

Tal como frequentemente ocorre no processo legislativo em políticas de saúde, as leis de denúncia obrigatória foram concebidas como uma resposta a um problema de saúde pública grave, tendo por base informação limitada que fundamente a sua eficácia e aplicabilidade [20]. Um estudo norte-americano, tendo por base informação recolhida no Departamento Policial de Los Angeles, avaliou o número de despachos por VD um ano antes e após a implementação de legislação de obrigatoriedade de denúncia, tendo demonstrado que não existiu qualquer aumento no número de denúncias feitas por profissionais de saúde [37]. Esta ineficácia da legislação em aumentar o número de denúncias pode dever-se a vários fatores: falta de conhecimento sobre a mesma, falta de colaboração na sua implementação, ou ocultação, por parte das vítimas, em relação ao seu abuso.

O papel dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde encontram-se numa posição particularmente privilegiada para deteção, referenciação, seguimento e denúncia de casos de VD. Isto justifica que a maioria da legislação e estudos sobre denúncia obrigatória se foque no papel destes profissionais e nas suas interações com as vítimas e agressores.

Impacto da violência doméstica na saúde da vítima

Múltiplos estudos têm refletido sobre o impacto da VD na saúde da vítima. Mulheres vítimas de abuso tendem a ter mais problemas de saúde e com maior frequência procuram ajuda para o tratamento de sequelas e patologias agudas ou crónicas [4, 38].

A VD é a principal causa de lesões sérias nas mulheres. É fácil compreender como a violência física pode dar origem a lesões que vão desde cortes, hematomas e fraturas, até situações mais graves de incapacidade permanente ou até mesmo morte [14, 38]. Contudo, vários estudos demonstram que as manifestações físicas mais frequentes nas vítimas de abuso prendem-se com desordens funcionais, para as quais não se encontra uma causa médica identificável [2]. Estas podem incluir desordens gastrointestinais, como a síndrome de intestino irritável, neurológicas, geniturinárias, músculo-esqueléticas e síndromes de dor crónica como a fibromialgia [4, 38, 39]

Os principais problemas de saúde física reportados por mulheres vítimas de VD são aqueles relacionados com a sua saúde ginecológica, nomeadamente: metrorragias, dispareunia, lacerações, infeções do trato urinário ou vaginais e doença inflamatória pélvica [5, 38, 39]. No contexto da violência sexual, mulheres vítimas de VD, apresentam maior dificuldade em se protegerem contra gravidezes indesejáveis e infeções sexualmente transmissíveis [2, 5, 38]. Este facto pode ser explicado, quer por serem coagidas a práticas sexuais indesejáveis, quer pela possibilidade de os seus parceiros exercerem controlo sobre o uso de métodos anticoncecionais como o preservativo ou até mesmo a pílula [2]. A perpetuação da violência durante a gravidez é comum, o que pode acarretar consequências graves para a mãe e para o feto [2, 5].

As consequências dos vários tipos de violência manifestam-se frequentemente pelo seu impacto na saúde mental das vítimas. Comparativamente com mulheres que nunca foram vítimas de violência, mulheres com história prévia de abuso apresentam

um risco relativo significativamente superior de sofrerem de desordens psicossociais e mentais, tais como depressão, ansiedade, fobias, comportamentos aditivos e suicidários, e perturbação de stress pós-traumático [4, 38, 40].

Ao longo do tempo, o impacto de múltiplos episódios e tipos de violência na saúde física e mental das vítimas tende a ser cumulativo pronunciando-se de forma mais evidente em casos em que a violência sofrida foi mais severa e podendo inclusive continuar a manifestar-se mesmo após os episódios de violência terem cessado [39-41].

As vítimas de VD tendem a necessitar de um maior número de intervenções médico-cirúrgicas, de um maior número de consultas para seguimento de patologia orgânica ou funcional, incluindo consultas associadas à saúde mental e recorrem mais frequentemente a serviços hospitalares, carecendo de internamento e à ajuda de farmacêuticos [2, 39].

Por outro lado, o estado de saúde das vítimas pode ser comprometido pela extensão da dinâmica do abuso ao controlo sobre a procura de cuidados médicos. Entre mulheres vítimas de violência física, 17% reportaram interferência dos seus parceiros nos seus cuidados de saúde [4]. Este problema pode ser ainda agravado pelas leis de denúncia obrigatória e as vítimas podem ser impedidas de recorrer a cuidados de saúde ou coagidas a mentir durante a avaliação médica [14, 27]. Assim, apesar de, em média, mulheres vítimas de VD entrarem mais frequentemente em contacto com os cuidados de saúde do que mulheres que nunca experienciaram violência, estes números podem ainda assim estar aquém daqueles que seriam encontrados caso não existisse interferência por parte dos seus agressores na procura de cuidados.

Intervenção médica

Tendo em conta que a maioria das vítimas de violência entram em contacto com os cuidados de saúde em algum momento das suas vidas, estes encontros podem representar uma importante oportunidade para a identificação, suporte, referenciação e denúncia destes casos. Além disso, estudos demonstram a importância da intervenção médica. Por exemplo, um estudo refere que o risco de recorrência de abuso sexual diminui em 32% em mulheres que receberam cuidados médicos [5].

O médico de família encontra-se numa posição privilegiada para a deteção e encaminhamento de casos de VD. A OMS define os médicos de família como sendo médicos pessoais que cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias,

comunidades e culturas. Este cuidado longitudinal, assente não só no indivíduo, mas também no seu contexto e família, pode permitir ao médico suspeitar, em consultas subsequentes, de casos de violência que poderiam não ser tão evidentes nas circunstâncias iniciais. Adicionalmente, a relação de proximidade, estabelecida por vezes ao longo de vários anos, pode facilitar a abertura por parte da vítima em abordar esta questão, de forma voluntária ou quando questionada. Um estudo demonstrou que as mesmas mulheres, quando abordadas sobre a sua história pregressa de VD, divulgam esta informação mais facilmente quando o inquérito é feito numa clínica do que nos serviços de emergência [42].

Tal como acontece com muitas patologias orgânicas, a falha no diagnóstico e intervenção em doentes que sofrem de VD pode acarretar consequências graves à vítima. Se é verdade que, em média, as mulheres vítimas de VD tendem a recorrer mais frequentemente a cuidados de saúde, por outro lado, nem sempre as suas queixas são facilmente relacionadas com episódios de violência e muitas vezes é a própria vítima que procura esconder ou dissimular a etiologia das suas lesões. Alguns fatores, apontados por mulheres vítimas de violência, para a limitada comunicação com os seus prestadores de cuidados de saúde, prendem-se com a crença de que os clínicos não têm tempo nem interesse para abordar estas questões, preocupações quanto à confidencialidade e medo do envolvimento das autoridades [43]. Este último fator pode ser especialmente relevante em sociedades em que a denúncia por parte dos prestadores de cuidados é obrigatória por lei [25]. Um estudo revelou que apenas 42% das mulheres vítimas de VD fala com o seu médico sobre este problema, sendo que o mais significativo fator facilitador à divulgação desta informação é a confrontação direta pelo clínico [43]. Na verdade, tem vindo a ser demonstrado que a maioria das mulheres, principalmente as que se encontram em relacionamentos abusivos por um longo período de tempo, veem de uma forma positiva serem questionadas sobre VD, por parte dos seus prestadores de cuidados, desde que estes o façam com sensibilidade e sem julgamentos [4, 43, 44].

No entanto, vários estudos demonstram que a maioria dos médicos raramente questiona as suas pacientes quanto a possíveis situações de VD [2]. Em particular nos cuidados de saúde primários, menos de 15% das mulheres referem alguma vez terem sido questionadas sobre abuso [43]. Múltiplos estudos demonstram que os profissionais carecem de capacidades que lhes permitam a devida identificação de um caso de VD o que se traduz numa resposta inadequada [34, 36, 45]. Um questionário que avaliava o grau de preparação de profissionais de saúde na área da saúde mental, para a deteção

e encaminhamento de casos de VD, demonstrou que apenas 15% dos profissionais avaliados questionava rotineiramente as suas pacientes quanto à possibilidade de serem vítimas deste tipo de violência. O mesmo estudo mostrou que quando confrontados com relatos de abuso apenas 27% dos profissionais providenciava qualquer tipo de informação relevante aos seus pacientes, 23% referenciava as vítimas para terapia, 25% conduziam uma avaliação da segurança da vítima e 12% ajudavam a vítima a desenvolver um plano de segurança [46].

Os profissionais de saúde têm referido diversas barreiras à abordagem da temática da VD junto aos seus utentes [47-49]. Uma revisão sistemática dividiu estas barreiras em:

1. “Barreiras pessoais e falta de recursos”: incluindo desconforto em abordar o tema, receio quanto à sua segurança pessoal, medo de um diagnóstico errado, falta de conhecimento, formação ou confiança na referência e apoio às vítimas, falta de tempo (o que é concordante com a percepção das doentes previamente referida) e ausência de protocolos de deteção e seguimento devidamente estruturados;
2. “Percepções, atitudes e medos”: englobando a ideia de que a deteção da VD não é da responsabilidade do profissional de saúde, medo de invadir a privacidade do utente, incitar retaliação por parte do agressor, medo do envolvimento das autoridades e receio de que o paciente não fosse mais procurar ajuda se confrontado com a suspeita de abuso;
3. “Barreiras relacionadas com o paciente”: tais como barreiras de linguagem e culturais, a percepção de que mulheres vítimas de abuso não querem falar sobre essa violência e iriam escolher permanecer na relação abusiva [49].

Tendo em conta a prevalência da VD e as consequências devastadoras para às vítimas é urgente contornar estas barreiras. Um estudo norte-americano aferiu que 44% das mulheres assassinadas em contexto de VD haviam recorrido a serviços de emergência médica, por vezes em múltiplas ocasiões, nos dois anos prévios ao homicídio e que 93% apresentavam lesões concordantes com agressões em pelo menos um desses momentos. Em contraste, apenas 4% destas mulheres haviam procurado ajuda em associações para prevenção de violência no ano anterior às suas mortes [50]. Um outro estudo demonstrou que 86% das mulheres que recorrem a serviços de urgência após uma agressão física apresentam história prévia de abuso [43]. Estes estudos demonstram a incapacidade de deteção e resposta a casos de VD pelos profissionais de saúde. De forma a garantir a proteção das vítimas, assegurando-lhes cuidados adequados à manutenção da sua saúde e bem-estar é imperativa a

construção de uma resposta estruturada entre os serviços de saúde e outras instituições de apoio à vítima, incluindo serviços policiais e jurídicos.

A maioria das intervenções realizadas com vista a contornar estas barreiras têm-se focado na sensibilização dos clínicos para o problema, no encorajamento para que abordem a questão rotineiramente e na aplicação de protocolos para o seguimento e referenciação das vítimas [2]. O IRIS (*Identification and Referral to Improve Safety*) é um destes programas, que tem em vista treinar médicos de família para que sejam capazes de identificar vítimas de VD, providenciar uma resposta adequada e, caso estas concordem, referenciá-las para outros especialistas e serviços, nomeadamente apoio legal, financeiro e psicológico. Estudos têm demonstrado que a implementação deste programa aumenta o número de casos de VD identificados pelos médicos de família em cerca de três vezes, bem como a sua referenciação para agências especializadas em VD em cerca de sete vezes, face aos controlos [51, 52].

No que concerne à prática clínica em Portugal a Direção Geral de Saúde coordenou a elaboração de um referencial técnico na abordagem da violência interpessoal incluindo situações de VD. Este documento funciona como um guia para a abordagem de casos de VD e discute, entre outras questões, o paradigma da lei portuguesa: a VD como crime público e o aparente conflito entre a obrigatoriedade de denúncia e o sigilo profissional. Nesse documento o foco é mantido na importância da colaboração da vítima com o processo judicial e na elaboração de planos que salvaguardem a sua segurança. Segundo este referencial a quebra de segredo profissional justifica-se apenas em situações de perigo iminente estando a avaliação desse mesmo perigo sujeita ao parecer de cada profissional [53]. A atribuição desta responsabilidade a cada profissional introduz um cariz de subjetividade à avaliação condicionando quais os casos que serão, ou não, denunciados.

Questões Científicas

A falta de conhecimento nesta área requer a elaboração deste estudo, por promover uma melhor compreensão sobre a perspetiva dos médicos de família em Portugal relativamente ao seu papel na gestão de casos de VD, o que os motiva, ou não, a apresentar uma denúncia de um caso de VD do qual tenham conhecimento na sua prática clínica, e de que forma encaram a obrigatoriedade de denúncia imposta pela legislação em vigor.

Pelo exposto, as perguntas que emergem e sobre as quais este trabalho procura dar resposta são:

- 1. Qual a perceção dos médicos de família em Portugal relativamente ao seu papel na gestão de casos de violência doméstica?**
- 2. Quais as barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família em Portugal de episódios de violência doméstica?**
- 3. Qual a posição (concordância ou discordância) dos médicos de família em Portugal face à obrigatoriedade de denúncia de casos de violência doméstica?**

Metodologia

Recrutamento de participantes

Este estudo foi realizado nas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS's) de Portugal continental. O correio eletrónico de cada uma das Unidades de Saúde Familiares (USF's) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP's) de cada região foi utilizado como meio de contacto com os participantes. Através deste foi dado a conhecer o projeto e enviada uma hiperligação que permitia o acesso a um formulário online com informação detalhada sobre o mesmo (**ver apêndice 1**), incluindo informação sobre a autora, nomeadamente a sua formação, experiência profissional e contactos, em caso de ser necessário qualquer esclarecimento, os objetivos do projeto e a metodologia a ser utilizada. Nestes *emails* era feito um apelo para divulgação do projeto através do reencaminhamento da missiva aos médicos de cada unidade. Foi também estabelecido contacto com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, e pedido o seu auxílio na divulgação do formulário online. Por último, este foi também divulgado em múltiplos grupos de MGF no *Facebook* e no Fórum da Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiares. Foram ainda estabelecidos contactos telefónicos com coordenadores das USF's e UCSP's da ARS Alentejo buscando a sua colaboração, quer como participantes, quer na divulgação do projeto, juntos dos restantes médicos das suas respetivas unidades.

O único critério de inclusão no projeto era “ser médico especialista em medicina geral e familiar a trabalhar em Portugal continental”. A heterogeneidade da população estudada e a abrangência das perguntas de investigação, justificaram a realização de um elevado número de entrevistas, de forma a atingir o ponto de saturação dos códigos gerados [54].

Recolha de dados e análise

Tendo lido a informação presente na primeira secção do formulário online o potencial participante poderia optar por avançar para a secção seguinte onde se encontrava o consentimento informado (**ver apêndice 2**). Após o preenchimento do mesmo o participante poderia prosseguir para a terceira e última secção, sendo

convidado então a preencher um questionário sociodemográfico (**ver apêndice 3**). As perguntas presentes neste questionário não eram de preenchimento obrigatório sendo o participante livre de responder, ou não, a qualquer uma das questões. No final do questionário era pedido ao participante que facultasse o seu endereço de correio eletrónico por forma a facilitar o agendamento da entrevista.

As entrevistas foram agendadas por *email* e realizadas através de plataformas de conversação online: *Zoom*, *Skype*, ou *Teams*, ou presencialmente quando tal era possível. De referir que, dado a autora se tratar de uma mestre em medicina e interna de formação específica em MGF, a trabalhar no momento da realização do projeto na ARS Norte, a mesma já conhecia seis dos participantes previamente à realização da entrevista. Antes do início da entrevista foi dada oportunidade a todos os participantes de colocarem questões sobre o projeto e esclarecerem as suas dúvidas. Foi ainda explicada a possibilidade de se absterem em responder a qualquer uma das questões ou de rescindirem a sua participação até um mês após a realização da entrevista, sem necessidade de qualquer tipo de explicação.

A autora conduziu entrevistas semiestruturadas de acordo com um guião desenvolvido pela mesma com o auxílio da sua orientadora (**ver apêndice 4**). As entrevistas foram áudio-gravadas utilizando um gravador de voz (*Benjie C6 8 Gb*) e posteriormente transcritas em relato verbatim, pela autora, para um documento em formato *Microsoft Word*. Todos os documentos gerados foram protegidos por palavra-passe e armazenados num dispositivo de armazenamento externo, sem ligação à internet, e apenas acessível à autora. O nome dos participantes foi substituído por um número, por forma a garantir o seu anonimato. Pelo mesmo motivo qualquer informação potencialmente identificativa, por exemplo: “local de trabalho”, foi rasurada durante o processo de transcrição da entrevista. A análise dos transcritos foi realizada pela autora através da análise temática proposta por *Braun&Clarke* [55], com o auxílio do *software Nvivo 12 Plus*, versão 12.0. A escolha deste método de análise, em detrimento de outros métodos disponíveis, deveu-se ao fato de a análise temática ser um método flexível e interpretativo que permite a identificação, análise e descrição de padrões ou temas presentes nas entrevistas, concedendo assim uma visão sistematizada dos dados sem que se perca o significado e contexto da informação inicialmente fornecida. Dado que a autora possuía pouca experiência em estudos qualitativos, esta metodologia mostrou-se também adequada pela sua acessibilidade, permitindo a análise de dados sem a necessidade de aprofundar perspetivas teóricas.

Os códigos inicialmente gerados foram revistos várias vezes por forma a eliminar possíveis códigos redundantes, processo este que levou a que alguns códigos fossem englobados por outros já existentes, ou que fosse gerado um novo código mais inclusivo. Em outras instâncias um código inicial deu lugar a dois códigos distintos quando uma perceção mais detalhada sobre os dados mostrava a necessidade dessa diferenciação. Posteriormente os códigos foram agrupados em categorias mais abrangentes.

Os temas e subtemas foram gerados por forma a dar resposta às perguntas científicas. Todos os temas foram revistos e aperfeiçoados para garantir consistência entre o núcleo conceptual de cada tema e os códigos que os compunham. Este trabalho serviu também para garantir que cada tema era distinto entre si e apresentava informação relevante.

Com vista a dar resposta à terceira e última questão de investigação, todos os participantes foram questionados quanto à sua concordância, ou não, com a obrigatoriedade de denúncia de casos de VD. As suas respostas foram registadas tendo sido realizada a análise de conteúdo das entrevistas com vista a perceber quais os temas e subtemas ligados com a concordância, ou discordância, face à legislação.

Declaração ética

Este estudo foi realizado após parecer favorável pela Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, pertencente à Universidade do Porto (**ver anexo 1**). O projeto recebeu ainda parecer positivo pelas Comissões de Ética da ARS Norte, ARS Centro e Unidade Local (ULS) de Saúde Norte Alentejano (**ver anexos 2; 3; 4**).

Todos os participantes receberam informação sobre os objetivos do estudo e metodologia a ser utilizada, quer verbalmente, quer através do acesso ao documento de informação a participantes, onde constavam os contactos de endereço eletrónico e telefónico da autora (**ver apêndice 1**).

Todos os participantes foram informados do seu direito de abandonar o projeto ou de requerer a omissão de toda, ou parte da informação fornecida até um mês após a realização da entrevista, sem terem que fornecer qualquer informação e sem que daí resultasse qualquer tipo de penalização.

O consentimento informado do participante **(ver apêndice 2)** foi sempre obtido antes da recolha de qualquer dado, através do preenchimento de formulário online.

Resultados

Oitenta e quatro médicos preencheram inicialmente o questionário online, tendo sido contactados posteriormente pela autora através do endereço eletrónico fornecido. Destes, dois participantes mudaram de ideias e recusaram avançar para a entrevista, dois agendaram a entrevista, mas não compareceram, e vinte e seis não responderam ao *email* para agendamento da entrevista. Assim sendo, este estudo incluiu 54 participantes que foram entrevistados. Estes distribuíram-se por cada ARS da seguinte forma: 12 participantes da ARS Norte, 12 da ARS Centro, 12 da ARS Lisboa e Vale do Tejo, 6 da ARS Alentejo e 12 da ARS Algarve.

Entre os médicos que aceitaram participar das entrevistas 15 eram do género masculino (28%) e 39 do género feminino (72%). As idades dos participantes encontravam-se compreendidas entre os 30 e os 65 anos e apresentavam uma experiência profissional entre 1 a 38 anos de trabalho. A informação sociodemográfica dos participantes encontrasse detalhada na **Tabela 1**.

As entrevistas tiveram início em julho de 2020 e terminaram em setembro de 2022. A duração média de entrevistas foi de 23 minutos, sendo a mais curta de 9 minutos e a mais longa durando 45 minutos. Apenas seis entrevistas foram realizadas presencialmente em local apropriado. As restantes foram efetuadas utilizando plataformas digitais: *Microsoft Teams* (n=26), *Zoom* (n=21) e *Skype* (n=1). Todas as entrevistas foram realizadas apenas na presença da autora e de cada um dos participantes.

Após a análise temática de todas as entrevistas foram gerados cinco temas.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos participantes

	Características	Participantes (N=54)
Género N (%)	Feminino	39 (72,2)
	Masculino	15 (27,8)
Idade N (%)	25-34 anos	15 (27,8)
	35-44 anos	21 (38,9)
	45-54 anos	9 (16,7)
	55-64 anos	8 (14,8)
	>65 anos	1 (1,9)
Orientação sexual N (%)	Heterossexual	50 (92,6)
	Homossexual	1 (1,9)
	Bissexual	2 (3,7)
	Não Responde	1 (1,9)
Raça N (%)	Branca	50 (92,6)
	Negra	1 (1,9)
	Mestiça	2 (3,7)
	Não Responde	1 (1,9)
Estado civil N (%)	Solteiro(a)	7 (13,0)
	Num relacionamento sem coabitação	1 (1,9)
	Num relacionamento com coabitação	12 (22,2)
	Casado(a)	28 (51,9)
	Divorciado(a)	5 (9,3)
	Não Responde	1 (1,9)
Anos de Trabalho N (%)	1-9 anos	24 (44,4)
	10-19 anos	17 (31,5)
	20-29 anos	4 (7,4)
	30-39 anos	9 (16,7)

Papel do médico

O primeiro tema gerado através da análise temática das entrevistas realizadas associa-se ao “Papel do médico” de família e dá resposta à primeira questão de investigação (ver: Tabela 2).

Tabela 2: Subtemas relacionados com o “Papel do médico”

<i>Tema: Papel do médico</i>	
<u>Subtemas:</u>	
	Realização de atividades preventivas de VD
	Deteção de casos de VD durante a consulta
	Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante
	Ser uma fonte de apoio e suporte emocional
	Referenciação e articulação com outras entidades
	Registar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor
	Incentivar a vítima a apresentar uma denúncia às autoridades
	Denunciar o caso às autoridades
	Tratamento de problemas de saúde relacionados com a violência
	Intervenção com o agressor
	Manter o seguimento de utente e acompanhar o processo
	Proteção de outros indivíduos

Os médicos entrevistados consideraram a abordagem da VD como parte integrante do seu trabalho como provedores de cuidados. A abordagem abrangente e continuada da MGF, assente num modelo biopsicossocial, leva a que a atividade destes clínicos se realize em diversas áreas. No que diz respeito à VD os médicos consideram que o seu papel consiste na realização de atividades preventivas de VD, deteção de casos de VD durante a consulta, em levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante, ser uma fonte de apoio e suporte emocional, na referenciação e articulação com outras entidades, em registar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor, em incentivar a vítima a apresentar uma

denúncia às autoridades ou serem eles próprios a denunciar, no tratamento de problemas de saúde relacionados com a violência, na intervenção com o agressor, em manter o seguimento do utente e acompanhar o processo e na proteção de indivíduos eventualmente envolvidos ou em risco devido à violência existente no seio familiar (**ver: Tabela 3**).

Tabela 3: Citações sobre o papel dos médicos de família

Papel do médico	
Realização de atividades preventivas de VD	<i>“A intervenção não se faz penso eu [...] não deve ser reativa. Deve ser preventiva.” (Participante 01)</i> <i>“Como em tudo, na prevenção. Sem dúvida. Na prevenção, abordando nas consultas de planeamento familiar. São um bom espaço para, para voltar a se falar nestas situações.” (Participante 37)</i>
Deteção de casos de VD durante a consulta	<i>“Acho que pode ter grande impacto por um lado pelo que te estou a dizer que conheces o contexto, conheces as pessoas que convivem com a possível vítima, ah, temos também um tempo da consulta, que não precisa ser muito tempo, um tempo breve, porque consegues ver numa entrevista que um doente se comporta, como se comporta com a pessoa que convive com ele, não é?” (Participante 11)</i> <i>“Aqueles casais em que eles acompanham muito a mulher à consulta e são muito queridos e tal, normalmente eu desconfio. Porque normalmente há ciúme por detrás, não é? Depois tento desconstruir um bocadinho, ou separo-os [...]. Apanho-a sozinha lá dentro e tento, e ela aí já tem confiança para conseguir falar.” (Participante 15)</i>
Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante	<i>“[...] à partida os doentes confiam em nós e... e confiam na nossa opinião e se há, se há pessoas que acham que a, a violência doméstica é assim porque é assim, porque sempre foi assim, [...]. Se for por exemplo um médico, ou uma enfermeira, ou... a dizer que não é normal e que há soluções, se calhar essa pessoa vai, vai ter mais vontade de mudar, não é?” (Participante 05)</i> <i>“[...] porque como a nossa sociedade ainda olha para os médicos de uma forma muito paternalista, aquilo que nós dizemos é tido em consideração pelos doentes como verdade, então se nós conseguimos fazer este alerta, logo à partida, as pessoas vão ter mais capacidade de reconhecer que estão numa situação de violência que se calhar de outra forma não teriam e achariam que era normal.” (Participante 33)</i>

Ser uma fonte de apoio e suporte emocional	“O médico de família tem aqui um papel que pode ser muito importante e se, se criar uma relação de confiança com, com a vítima acho que pode ser aqui um grande apoio.” (Participante 04)
	“Portanto, nós temos que nos afastar quase da posição de médico e estamos ali... mesmo como, ali um amigo com quem alguém está a desabafar.” (Participante 08)
Referenciação e articulação com outras entidades	“E criar uma estrutura, e temos outra facilidade de sinalização, outras estruturas, os serviços sociais, psicólogos [...] auxiliar naquele momento a pessoa para, para algumas estruturas de apoio.” (Participante 23)
	“E que de certa forma se nós também conseguirmos articular com a rede que temos à volta podemos ser uma mais valia para a vítima.” (Participante 47)
Registar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor	“É assim, nós podemos fazer uma avaliação e registos clínicos bons, para o caso de haverem questões escrevermos tudo bem, de forma a que se a vítima quiser denunciar às autoridades haja vestígios ou indícios daquilo que se passou.” (Participante 14)
	“Aquilo que eu tento sempre fazer é visto que eles vão procurar, ah legalmente qualquer informação, eu tento escrever o máximo no registo clínico, isso é o mais, acho que é o mais importante.” (Participante 32)
Incentivar a vítima a apresentar uma denúncia às autoridades	“Eu acho que, que o caminho tem que começar por incentivar a vítima a ser ela própria a denunciar.” (Participante 05)
	“Eh, por outro lado acho que conseguimos ter outra forma de envolver pessoas do agregado familiar que até talvez possam ajudar a vítima a fazer a denúncia sem sermos nós a fazer. Portanto nesse aspeto acho que temos mais facilidade.” (Participante 23)
Denunciar o caso às autoridades	“O que normalmente digo é assim, eu digo normalmente: Repare isso é um crime público. O que me está a dizer eu não posso, aqui não sou sujeita a segredo profissional, quer dizer tenho, tenho que denunciar, acabou. Portanto, podemos colaborar as duas, ou os dois, mas podemos colaborar as duas e denunciarmos as duas em conjunto. Não me importo de estar consigo. Mas eu tenho que denunciar.” (Participante 15)
	“E pronto, e se, se a pessoa não pretender apresentar queixa ou, pelo que for, acho sim devemos fazê-lo nós.” (Participante 33)

Tratamento de problemas de saúde relacionados com a violência	“Se o médico de família entender ou fizer essa ligação entre esses sintomas, essas patologias com violência, explicando à... à vítima esse raciocínio que... que o entenda... ah porque nós não podemos tratar só aqui, ah, não é? Tem... tem uma gastrite deixa dar só aqui um inibidor da bomba de prótons porque isso só não vai chegar, não é?” (Participante 04) “A nível, a nível de, de apoio psicológico, não é? A nível da nossa intervenção enquanto conversação e através de cuidados medicamentosos também. Sim se, quando necessário.” (Participante 20)
Intervenção com o agressor	“Somos médicos dos dois, não é? Eu tive um senhor que nunca tinha sido agressivo antes, mas ultimamente estava, estava a tomar algumas atitudes que a mulher relatava de violência, verbal especialmente. A nossa suspeita é de uma demência frontotemporal. E neste caso temos é que tratar o senhor.” (Participante 24) “Ajudar o doente e eventualmente ajudar o agressor, porque em MGF também se pode enviar para terapia familiar, ou promover a conciliação familiar, por vezes.” (Participante 39)
Manter o seguimento de utente e acompanhar o processo	“Mas dado que não havia violência ativa no momento não houve qualquer interferência da minha parte só deixei em aberto a possibilidade de falarem comigo se fosse necessário.” (Participante 09) “É assim, seguimento, eu depois pergunto sempre como é que está a situação? Já falou com a psicóloga? Já falou com o ministério público? Como é que está a situação? (...) é chamado aquele espectador atento, percebes? Vou marcando as consultas de rotina, normais, e vou perguntando. Já aconteceu alguma coisa? Está à espera de algum desenvolvimento.” (Participante 16)
Proteção de outros indivíduos	“É importante percebermos quem está a sofrer com a situação. Não é só a vítima, os filhos e outros elementos da família também podem estar a sofrer, e temos que prestar ajuda a todos.” (Participante 25) “Acho que o essencial da nossa parte se calhar é perceber o que drena o bem-estar psicológico que a pessoa possa estar a incorrer, a maneira como está a lidar com a situação e a repercussão que isso possa estar a ter nos outros elementos do agregado, por exemplo, filhos ou avós que vivam na mesma casa e que possam estar a sofrer com isso. É mais por aí termos mais atenção aos outros.” (Participante 42)

Realização de atividades preventivas de VD

O trabalho dos médicos de família assenta muitas vezes no seu caráter preventivo. Assim, não é de espantar que os médicos entrevistados tenham referido que este é também um dos seus papéis no que se refere à VD. Neste contexto, quando este tema surgiu durante as entrevistas, a maioria dos médicos afirmou trabalhar na prevenção da violência nas idades mais jovens, em consulta de seguimento de saúde infantil ou de adolescentes. Nestas consultas são abordados vários tópicos de forma a promover o desenvolvimento saudável do indivíduo, entre eles a violência em relações de intimidade. Procura-se que o jovem reconheça precocemente comportamentos agressivos como indesejáveis, diminuindo o risco de que venha a fazer parte de um relacionamento abusivo, quer como vítima, quer como agressor.

Além desta intervenção nas fases mais precoces do ciclo de vida, foi também referida a intervenção na consulta de vigilância de gravidez, momento em que os clínicos referiram trabalhar junto do casal, gerindo expectativas e receios, de forma a prepará-los para a entrada nesta nova fase das suas vidas de forma harmoniosa.

Deteção de casos de VD durante a consulta

Os médicos entrevistados referiram ter um importante papel na deteção de casos de VD. O seu papel como médicos de família, acompanhando muitas vezes não apenas a vítima, mas também outros elementos do agregado familiar, incluindo muitas vezes o agressor, o caráter longitudinal do seguimento em MGF, e a relação de confiança que muitas vezes se estabelece entre o médico e o seu utente, confere-lhes uma posição privilegiada na deteção destes casos.

Ainda que alguns médicos tenham manifestado sentirem dificuldade na deteção destes casos, muitos concordam que a sua apetência para a deteção de sinais e sintomas relacionados com VD, é parte fundamental da sua atuação profissional. Além da deteção de possíveis lesões ou doenças relacionadas com a VD os médicos referiram que a avaliação da dinâmica familiar em consulta, incluindo em consultas domiciliárias, é basilar na deteção de possíveis casos de violência.

Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante

Muitos dos médicos entrevistados consideram que, por vezes, as vítimas de VD desvalorizam ou normalizam as agressões, não as encarando como uma forma de VD e, portanto, um crime passível de ser punido por lei. Será então o médico o responsável por fornecer à vítima informação que lhe permita o reconhecimento das suas circunstâncias, a perceção da sua gravidade e a elaboração de um eventual plano de fuga.

Esta ideia de que as vítimas não reconhecem o seu estatuto de vítima e desculpabilizam frequentemente os atos do seu agressor, é um dos motivos apontados pelos médicos para a sua falta de colaboração no processo de denúncia. Assim, é da responsabilidade do médico contornar esta barreira educando a vítima sobre o que é “violência doméstica” e como se pode proteger.

Ser uma fonte de apoio e suporte emocional

Pela relação de confiança estabelecida com os seus utentes, os médicos entrevistados consideram que poderão ser muitas vezes a única, ou uma importante fonte de apoio para as vítimas. Por vezes, quer pela sua capacidade de deteção do caso, quer por confiança da vítima, o médico de família poderá ser a única pessoa conhecedora da agressão, tendo que gerir o seu papel não apenas como profissional de saúde, mas também como confidente, prestando suporte emocional à vítima e mostrando-se disponível para a acompanhar em todo o processo.

Referenciação e articulação com outras entidades

As referenciações e articulação com outros provedores de cuidados são uma atividade frequente na prática da MGF. No contexto da VD as instituições ou entidades de referenciação mais frequentemente referidas pelos médicos entrevistados foram: consulta de psicologia e psiquiatria, assistência social, APAV, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), e Equipas de Prevenção de Violência nos Adultos (EPVA).

De notar, que na maioria dos casos, estas referenciações não eram vistas como motivo de escusa de cuidados pelos médicos de família, mas sim como uma fonte de apoio extra para vítimas e agressores. No entanto, é de referir que, por vezes, estas

entidades eram tidas como a fonte principal de apoio para a vítima, sendo percebidas não como um complemento, mas como uma alternativa aceitável e por vezes até perçecionada como preferencial à denúncia.

Registrar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor

Alguns médicos demonstraram preocupação com a elaboração de registos clínicos detalhados. Esta preocupação advém do uso desses mesmos registos como possível elemento de prova no processo judicial contra o agressor.

Incentivar a vítima a apresentar uma denúncia às autoridades

A maioria dos médicos vê como benéfico que seja a vítima a tomar a decisão de prestar uma denúncia às autoridades. Isto iria permitir-lhe readquirir controlo sobre a situação e preparar-se para as possíveis consequências dessa mesma denúncia, contornando assim, muitas das barreiras à denúncia apresentadas posteriormente. Assim, ainda que os médicos não ponham de parte a opção de serem eles os delatores do caso às autoridades, muitos veem como preferencial um trabalho inicial com a vítima de forma a fornecer-lhe as condições necessárias para essa tomada de decisão.

Alguns médicos referiram ainda a possibilidade de envolver outros membros do agregado familiar no processo de denúncia.

Denunciar o caso às autoridades

Muitos dos médicos entrevistados encaram como seu dever profissional a denúncia de casos de VD. No entanto, é de reforçar que a maioria tenta envolver a vítima neste processo de denúncia, não apenas promovendo a denúncia por parte da mesma, mas também por vezes aguardando que esta consiga reunir condições que garantam a sua segurança, definindo assim o momento mais apropriado para a denúncia. Quando a vítima não autoriza a denúncia, a maioria dos médicos que avançam com o processo, refere que a informaria antes de prestar qualquer depoimento para que a mesma possa estar prevenida para eventuais consequências. No entanto, alguns médicos manifestam receio em quebrar a relação médico-doente, tanto com a

vítima como com o agressor, refugiando-se na possibilidade de prestar uma denúncia anónima sem o conhecimento de qualquer uma das partes.

Tratamento de problemas de saúde relacionados com a violência

Um dos papéis mais óbvios do médico de família será o tratamento de possíveis lesões físicas ou psicológicas, agudas ou crónicas, que possam ter surgido devido à violência. Este nível de intervenção também se relaciona com o fato de a VD estar associada a manifestações de doenças orgânicas, sendo que neste contexto o médico poderá atuar na causa efetiva das queixas do utente e não desviar recursos desnecessários ou aplicar tratamentos que poderão minorar, mas não serão a solução do problema.

Intervenção com os agressores

Um dos pontos frequentemente frisado pelos médicos entrevistados é o fato de serem muitas vezes médicos da vítima e do agressor, e as possíveis vantagens e desvantagens que esta posição lhes oferece. Alguns médicos referiram que a intervenção com o agressor, ou o casal poderia ser também um dos seus pontos de abordagem, e ser inclusive preferencial à denúncia. Neste contexto, os médicos destacaram também situações em que o agressor em virtude de sofrer de patologia mental, não se encontraria em completo controlo dos seus atos pelo que, neste caso a intervenção do médico seria mais no sentido curativo da patologia de base, resolvendo dessa forma a situação de violência.

Manter o seguimento de utente e acompanhar o processo

O carácter longitudinal da MGF permite ao médico acompanhar a situação de VD antes e após a denúncia, optando pela intervenção mais adequada a cada momento. Os médicos referiram também neste contexto a dualidade de serem médicos da vítima e agressor e de não poderem “dar alta” aos seus utentes, tal como acontece noutras especialidades, pelo que terão que estar disponíveis para acompanhar ambos ao longo dos anos.

Proteção de outros indivíduos

Tendo em conta que o trabalho do médico de família se pode estender a vários elementos do mesmo agregado familiar, por vezes os médicos manifestam a necessidade de alargar a sua intervenção a outros intervenientes, com vista à sua proteção. Neste contexto, foi referida pelos médicos, com especial atenção a necessidade de proteção de crianças que possam não ser vítimas “diretas” da violência entre os seus progenitores, mas assistirem a essa mesma violência, assimilado estes comportamentos como “normais”.

Barreiras e facilitadores de denúncia

Os restantes quatro temas gerados pela análise das entrevistas são referentes às barreiras e facilitadores de denúncia encontrados pelos médicos entrevistados, dando resposta à segunda questão de investigação (**ver: Tabela 4**).

Tabela 4: Temas e subtemas sobre as barreiras e facilitadores de denúncia de casos de VD por parte dos médicos de família

Temas:			
<i>Barreiras relacionadas com a atividade médica</i>	<i>Barreiras relacionadas com a vítima e/ou agressor</i>	<i>Facilitadores relacionados com a atividade médica</i>	<i>Facilitadores relacionados com a vítima e/ou agressor</i>
Subtemas:			
Dificuldade de deteção	Autonomia da vítima	Denúncia anónima	Envolvimento de pessoa frágil
Falta de tempo e burocracias	Gravidade da violência	Conhecimento do caso	Falta de apoio social e/ou familiar
Falta de conhecimento	Risco de recorrência ou escalada da violência	Sentimento de culpa por não denunciar	Pedido da vítima
Falta de regulamentação	Falta de colaboração da vítima	Resposta percebida como eficaz	Gravidade da violência e perigo de vida iminente
Medo do falso testemunho		Testemunho da ocorrência	
Quebra da relação médico-doente			
Sigilo profissional			
Medo de represálias para o médico			
Alternativas percebidas como mais benéficas			
Resposta percebida como ineficaz			
Não é da sua responsabilidade			
Violência aceitável como resposta a violência			

Barreiras relacionadas com a atividade médica

Foram reportadas diversas barreiras à denúncia por parte dos médicos de família de casos de VD. Este tema reflete as barreiras que assentam na atividade clínica do médico, os seus medos e percepções. Assim, os médicos reportaram como barreiras à denúncia relacionadas com a sua atividade os seguintes subtemas: "Dificuldade de deteção", "Falta de tempo e burocracias", "Falta de conhecimento", "Falta de regulamentação", "Medo do falso testemunho", "Quebra da relação médico-doente", "Sigilo profissional", "Medo de represálias para o médico", "Alternativas percebidas como mais benéficas", "Resposta percebida como ineficaz", a denúncia "Não ser da sua responsabilidade" e a violência ser uma forma aceitável de resposta face a outros tipos de violência (ver: Tabela 5).

Tabela 5: Citações sobre barreiras à denúncia por parte dos médicos de família relacionadas com a sua atividade clínica

Barreiras relacionadas com a atividade médica	
Dificuldade de deteção	<i>"São formas de violência. Não é só quem leva pancada. Porque quem leva pancada é muito evidente. Ok, aquela morreu porque ele a espancou. Mas há outro tipo de violências que nem sempre são fáceis de perceber."</i> (Participante 13)
	<i>"Eu nem sempre consigo, quer dizer suspeito, mas se a pessoa não me diz, não me confirma, eu não sei se tenho capacidade ou tempo, para estar atenta a todos os sinais ou lembrar-me sempre de que "eh pá, isto pode ser violência doméstica!"</i> (Participante 26)
Falta de tempo e burocracias	<i>"Quero acrescentar que de fato em MGF nós temos tudo. O que nós não temos é o tempo necessário para tratar destas coisas todas. Porque há excesso da carga burocrática."</i> (Participante 10)
	<i>"Muita dificuldade. Nós temos aqui consultas de 20 minutos, agora nem isso, não é? [...] Nós depois temos o resto do pessoal lá fora à espera da consulta que também têm direito. É um bocado complicado para nós em 20 min, o, o, prontos, conseguirmos ter realmente uma conversa de jeito. E também segui-la assim semana a semana, ou dia-a-dia, conforme as necessidades dela, ou mensalmente, também é complicado. Temos muitos utentes, uma lista comprida e pouco tempo, não é? E não estamos só dedicados a isso."</i> (Participante 17)

Falta de conhecimento	“Não podes. Não podes [referência à denúncia]. Consultei juridicamente. Não podes. Eu já tive esse problema e não podes. Porque é a história que te está a contar aquela mulher. Ela pode ter, pode-se ter lesionado, pode... tu não sabes. E como, não sabes, não viste, não podes.” (Participante 11)
	“E sinceramente, também não sei exatamente os procedimentos. Porque na altura eu falei com a colega, fui falar com a psiquiatria, fui falar com o delegado de saúde, tentei, não é? Então eh... eh... nem sei muito bem como é que eu faço isso. Tenho uma vítima aqui à minha frente, a quem é que vou ligar primeiro? Sinceramente, é uma falha minha. Tenho que procurar informação sobre isso mais tarde.” (Participante 19)
Falta de regulamentação	“Ah, a falta de protocolos de ação. Mais imediatos, mais assertivos. É isto que devemos fazer, e isto é isto. E não cinzentos, em que “é melhor não”, “não vamos estragar a relação”, “fala primeiro com a APAV”, “dá meia volta” e, entretanto, a vítima já nem sequer está neste mundo!” (Participante 32) “Devia de haver um algoritmo, algo concreto que nos dissesse neste caso tens que fazer isto, referencia para esta e esta entidade, podes apresentar denúncia através deste e daquele meio.” (Participante 51)
Medo do falso testemunho	“Porque, depois é assim, raramente se vê pessoas com marcas físicas. Mesmo, cinto ou coisa assim... é o que as pessoas contam [...], nós não sabemos o que é que é verdade, ouvimos a pessoa falar, mas não sabemos o que é que é verdade, depois existe o outro lado da história. Como nós somos médicos de família temos os dois, os dois componentes, e depois também às vezes, eu não sou polícia! Para esclarecer essa situação. E nem sempre acredito.” (Participante 39) “Ah, e tenho outros casos, que é um caso de um vizinho, que foi fazer uma, fez uma, não é uma declaração pública, é uma queixa pública de violência doméstica, a uma utente, ou seja, seria o namorado da minha utente, que nunca houve. Ele era simplesmente demasiado, eh... expressivo quando o Benfica jogava, vá. Mas a verdade é que a filha dela e ela não tinham qualquer queixa. E ela própria depois teve a explicar isso que causou um transtorno tremendo ter a PJ em casa, visto que a filha poderia ser retirada” (Participante 32)
Quebra da relação médico-doente	“É complicado para manter a relação. Porque nunca mais se estabelece um patamar de confiança se nós denunciarmos. Quem é que vai confiar em nós? Nem o agressor, nem às vezes a vítima. A relação com o agressor então fica destruída.” (Participante 22) “Eu na realidade concordo, claro que como médica de família às vezes o que, o que pode ser um bocadinho complicado, e pode abalar um bocadinho é os alicerces da relação médico-doente.” (Participante 41)
Sigilo profissional	“E outra questão é sigilo profissional, não é? Tudo depende se a pessoa está disposta a fazer queixa, e isso não é problemático, não é? Agora se vem e me informa de forma sigilosa que não quer que ninguém saiba, eu tenho outra obrigação, por lei, como profissional de saúde, de salvaguardar o sigilo. Aqui entramos numa zona muito sensível” (Participante 35)

	<i>“Se a vítima me disse algo em confidencia eu não posso denunciar. O sigilo médico também é lei. Não podes... é claro que depende da situação, mas se a vítima não quiser eu acho que devo manter esse sigilo.” (Participante 54)</i>
Medo de represálias para o médico	<i>“Eu expliquei tudo o que tinha acontecido ao, ao investigador, ao inspetor, e o inspetor disse: “Sabe Dr.^a, é que toda a gente nega, e neste momento a senhora é a acusadora deles. Eles podem-lhe por um processo em como você está a levantar um falso testemunho.” Eu fiquei para morrer como deve calcular.” (Participante 06)</i> <i>“[...] vamos imaginar, ah, que eu faço uma denúncia, por acaso nunca tive problemas, mas há colegas meus que foram vítimas dos agressores. Que lhes batem. Que lhes fazem, fazem represálias, as represálias existem!” (Participante 39)</i>
Alternativas percebidas como mais benéficas	<i>“Só porque as pessoas não querem denunciar não quer disser que não queiram ajuda. Eu acho que se a pessoa não está, não está pronta para denunciar temos que encontrar alternativas. Eu geralmente peço ajuda à APAV.” (Participante 28)</i> <i>“Acho que esta é uma família que denunciar, não vai ajudar propriamente nada a polícia ir lá, não vai ajudar esta família, eu se calhar como médica de família, com o psicólogo, uma coisa mais familiar se calhar é capaz de ela ter mais essa autoconsciência e ele ter esse consciência de que a está agredir e que isso é crime, se calhar se eu dizer isso e dizer que as queixas da mulher têm haver com isso, talvez isso possa ajudar.” (Participante 45)</i>
Resposta percebida como ineficaz	<i>“Estou na equipa de prevenção. É estou na equipa de prevenção da violência em adultos. Portanto, devia estar, mas é assim... funciona um bocado mal, porque também não temos tempo nenhum para dedicar aí. É tudo muito, é tudo muito, sou eu e uma assistente social, é tudo muito, muito à pressa. Mas é assim, nós neste momento, [...] a nossa função é até contabilizar os casos.” (Participante 17)</i> <i>“A mulher fica realmente protegida? Ele é castigado de forma exemplar? Como? De que maneira? Aprende, não aprende? [...] Chegaram-me a dizer que “Para que é que eu vou apresentar a queixa? A primeira queixa fui à polícia e o polícia virou-se para mim e disse-me assim: “Oh, minha senhora! Pelo amor de Deus. Temos mais que fazer! Mas, mas para quê? Que é que vai acontecer? Ele não vai ser preso! Escusa de se queixar.”” (Participante 37)</i>
Não ser da sua responsabilidade	<i>“[...] eu acho que nós também enquanto médicos também não devemos deixar que aconteça é que nos empurrem, mais uma vez, uma responsabilidade que também não é só nossa e volto a dizer é minha enquanto pessoa, não acho que seja minha enquanto médica.” (Participante 08)</i> <i>“Eu não estou ali para denunciar. Acho que isso é uma decisão da pessoa. O meu dever é tratar e apoiar, não é fazer queixa de ninguém.” (Participante 52)</i>

Violência aceitável como resposta a violência	<i>“Dizer que este indivíduo bateu, naquela indivíduo, ok de fato bateu. Mas porque é que ele terá batido? Será que esta indivíduo por exemplo não esteve sistematicamente sempre a dizer mal de coisas que ele faz? Sistematicamente está a colocar entraves?”</i> (Participante 10)
--	---

Dificuldade de deteção

Esta barreira é frequentemente referida pelos médicos e encontra-se associada a outras barreiras tais como a “Falta de conhecimento”, “Falta de tempo e burocracias” e “Falta de colaboração da vítima”. No entanto, este subtema demonstra ser diferente, no sentido de que é encarado como o primeiro problema encontrado pelos médicos na abordagem da VD. Os médicos referem que, por vezes, sinais e sintomas, tais como, cefaleias, dores abdominais, e enurese noturna nas crianças (exemplos citados pelos próprios médicos) podem ser originados por problemas relacionados com VD, levando a múltiplas consultas, exames e tratamentos, que se mostram supérfluos na ausência da abordagem do problema de raiz. Esta dificuldade em estabelecer uma correlação entre estes sinais e sintomas com a problemática da VD, compromete a capacidade de deteção do problema, principalmente em casos em que não foram encontradas outras lesões físicas e em que a vítima nunca referiu ao médico qualquer tipo de abuso.

Falta de tempo e burocracia

Vários médicos teceram comentários sobre a falta de tempo e as burocracias envolvidas no processo de denúncia. É também de destacar que alguns dos médicos fizeram esta referência no final da entrevista, quando questionados se gostariam de acrescentar algo mais, o que denota que este é um problema latente da sua prática clínica ao qual atribuem importante relevo, não querendo deixar de o referir. Os médicos fazem referência ao tempo curto de consulta, à pressão na sala de espera, à lista extensa de utentes, e ao fato de a maioria das consultas ser reservada à gestão de múltiplos problemas. Além disto, referem ainda que o possível aumento da carga burocrática inerente ao processo de denúncia serve como desincentivo à mesma, ainda que muitos revelem que não sabem na realidade que tipo de burocracias e procedimentos estariam implicados.

Falta de conhecimento

A falta de conhecimento foi a principal barreira à denúncia referida pelos médicos, revelando-se em duas situações distintas:

a) Quando o médico admite não conhecer a melhor forma de atuação na abordagem da vítima e durante o processo de denúncia. Esta falta de conhecimento advém, muitas vezes, de falta de formação na área, que o médico reconhece como uma falha a ser colmatada no futuro.

b) Quando o médico, tendo reconhecido esta lacuna no seu conhecimento, havia procurado ajuda e a informação prestada revelou-se errada ou insuficiente, o que leva subsequentemente a falhas na sua prática clínica.

Na **Tabela 5** foi incluída uma citação por parte da participante 11. Esta médica relatou um caso de uma senhora que referia em consulta ser vítima de VD pelo marido apresentando lesões compatíveis com as agressões descritas. Além disto, o marido da senhora seria um indivíduo reconhecidamente violento tendo já agredido um enfermeiro e o segurança da USF. A médica, querendo prestar uma denúncia, mas temendo possíveis consequências da quebra de sigilo, colocou esta problemática ao departamento jurídico do seu local de trabalho tendo-lhe sido dito que não poderia apresentar denúncia a não ser que testemunhasse uma agressão. Ora esta afirmação é oposta à definição de crime público e às recomendações da Direção Geral de Saúde.

Este foi apenas um dos casos, mas outros médicos referiram interações semelhantes, em que foram informados de forma não tão correta pelos seus superiores hierárquicos ou pelas entidades policiais a quem tentaram fazer uma denúncia. Isto levou a que alguns médicos tenham advogado não apenas para a formação entre profissionais de saúde, mas também entre as forças policiais.

Falta de regulamentação

Este subtema reflete a perceção dos médicos de falta de meios de regulamentação concretos e precisos. Tendo em conta que de uma forma geral, diretrizes e recomendações de atuação existem e estão disponíveis aos médicos, este subtema muitas vezes encontra-se associado ao anterior e à falta de conhecimento demonstrada pelos clínicos no que se refere à VD. No entanto, mesmo quando o médico demonstrava estar a par das normas e recomendações em vigor, por vezes estas eram

consideradas demasiado vagas e superficiais. Neste sentido, os médicos apelaram para a necessidade de desenvolvimento de diretrizes ao nível de cada USF baseadas na rede de apoio disponível na sua comunidade.

Medo do falso testemunho

O medo do falso testemunho surge devido à posição particular em que o médico de família se encontra, prestando cuidados à suposta vítima e suposto agressor. Os médicos referiram serem muitas vezes confrontados com histórias completamente díspares o que, na ausência de lesões físicas que demonstrem claramente a ocorrência de um episódio de violência, compromete a sua compreensão do caso, levando-os a protelar a apresentação de denúncia.

Este medo de falso testemunho surge ainda em associação com outras barreiras à denúncia nomeadamente o receio da “Quebra da relação médico-doente”, neste caso com o elemento a ser injustamente acusado e o “Medo de represálias para o médico”.

Quebra da relação médico-doente

A relação de confiança estabelecida entre médico e doente é vista como um elemento básico na prestação de cuidados de qualidade em MGF. Assim sendo, os médicos revelaram grande preocupação na quebra desta relação e da confiança neles depositada. Muitos médicos referiram instâncias em que a mera sugestão de uma denúncia, mesmo quando deixada ao critério da vítima, levou a que estas não procurassem mais os seus cuidados, faltando a consultas subsequentes.

Além disto, como médicos da vítima e agressor, os participantes revelaram apreensão na apresentação de uma denúncia contra um dos seus utentes, especialmente em instâncias em que não têm completa certeza sobre a veracidade da acusação.

Sigilo profissional

O sigilo profissional é um dos principais pilares que permite o estabelecimento de uma relação médico-doente baseada em confiança. Trata-se de um direito do utente

reconhecido por lei e como tal em situações de VD poderá ser visto como um conceito contraditório à obrigatoriedade de denúncia. Assim sendo, não é de espantar que a quebra deste sigilo seja uma das barreiras encontradas pelos médicos quando ponderam a denúncia de um caso de VD.

Medo de represálias para o médico

Os médicos manifestaram receio em vir a sofrer represálias após a apresentação da denúncia. Estas poderiam advir do agressor, da própria vítima ou até mesmo dos seus superiores hierárquicos. As formas de represálias expressas foram: admoestação por parte dos seus superiores, tornarem-se arguidos em processos contra a sua pessoa por difamação, tornarem-se vítimas de violência física por parte dos agressores e ainda, verem a sua reputação comprometida por possíveis atos de vingança realizados também pelos agressores. Uma das médicas relatou um caso em que o agressor fingiu ter uma crise epilética na sala de espera após o médico que o denunciou se ter recusado a atendê-lo sem consulta marcada, de forma a denegrir a imagem do mesmo.

Além disto, é de notar que muitos médicos referiram não ter segurança no seu local de trabalho sentindo-se completamente desprotegidos.

Alternativas percebidas como mais benéficas

Em algumas situações os médicos referiram não ver benefício na apresentação de uma denúncia às autoridades dando preferência a uma intervenção diferente e diferenciada. Os médicos referiram que poderia ser mais vantajoso para a vítima ser referenciada a uma instituição de apoio como a APAV ou a EPVA, para que um eventual processo de denúncia e de saída da situação de violência pudesse ser trabalhado junto destas instituições e tendo em conta a vontade da vítima. Outro tipo de apoios como a psicologia, a referenciação para a assistente social, e a terapia familiar também foram referidos como possíveis alternativas à denúncia.

Estas alternativas são, muitas vezes, tidas como preferenciais em casos em que a violência está relacionada com patologia psiquiátrica do agressor dando-se aí prioridade ao tratamento dos mesmos.

Resposta percebida como ineficaz

Muitos dos médicos entrevistados consideram que a resposta após a denúncia de um caso de VD não é eficaz. Esta ineficácia manifesta-se na incapacidade de proteção da vítima, podendo colocá-la em risco de retaliação por parte do agressor, e na ausência da aplicação de medidas punitivas para o mesmo. Este descontentamento com a resposta foi manifestado na sua maioria fazendo alusão ao trabalho das forças policiais e jurídicas, no entanto estendeu-se também a outras entidades como a APAV e a EPVA. Uma das médicas entrevistadas fez referência que o seu trabalho na EPVA era comprometido pelo fato de a equipa ser constituída apenas por dois elementos o que, em conjunto com o fato de o trabalho nesta equipa acrescer às suas funções na USF, fazia com que a mesma não conseguisse realmente acompanhar a maioria dos casos a ela reportados da forma que seria desejável, limitando-se quase apenas a contabiliza-los para fins estatísticos.

Não ser da sua responsabilidade

Alguns médicos consideram que não deverá ser da sua responsabilidade a apresentação de uma denúncia de casos de VD de que tenham conhecimento no exercício das suas funções. Este sentimento é essencialmente expresso pelos clínicos que discordam com a legislação de obrigatoriedade de denúncia.

Violência aceitável como resposta a violência

Este conceito reporta-se à ideia de que a violência física poderá ser uma forma de defesa contra violência psicológica de longa data, tendo o agressor atingido o seu limite e reagido dessa forma. Nestes casos a denúncia não é considerada benéfica pelo médico, sendo importante trabalhar junto do agregado familiar com vista à cessação de todo e qualquer tipo de violência.

Barreiras relacionadas com a vítima e/ou agressor

Além das barreiras acima reportadas, existem ainda outras que estão relacionados com a vítima, ou o agressor, e com a dinâmica de uma relação violenta. São estas: “Autonomia da vítima”, “Gravidade da violência”, “Risco de recorrência ou escalada da violência” e “Falta de colaboração da vítima” (**ver: Tabela 6**).

Tabela 6: Citações sobre barreiras à denúncia por parte dos médicos de família relacionadas com a vítima ou o agressor

Barreiras relacionadas com a vítima e/ou agressor	
Autonomia da vítima	<i>“Se a vítima... me mostrasse que tem um... um plano de sair dessa situação, que já tem um círculo de apoio, e que está à espera de um timing para poder conseguir sair daquela situação.” (Participante 04)</i>
	<i>“Quando a pessoa demonstra que já tem um plano, que está sobre controlo da situação e está a tomar medidas para, para a resolver. Então aí eu tenho que apoiá-la mas não vou interferir.” (Participante 34)</i>
Gravidade da violência	<i>“[...] eu sabia que havia, sei que há violência verbal, ah... suspeitei que havia física apesar de nunca ter tido nenhuma evidência. Nesse caso não cheguei a fazer denúncia, mas, eh, lá está acho que nós acabamos por não fazer tanta denúncia àquilo que não é não é efetivamente físico.” (Participante 09)</i>
	<i>“Depende da violência, não é? A violência psicológica é mais difícil, mais difícil de provar. Também é má, mas... a pessoa não está em risco. Fazes uma denúncia e depois o que é que acontece? Como é que vais provar aquilo? E uma pessoa vai pressa porque chama nomes ou... não vai! Então aí acho que tem que ser a pessoa, a vítima a querer sair da situação.” (Participante 49)</i>
Risco de recorrência ou escalada da violência	<i>“Porque é assim, depois da denúncia o agressor continua lá, continua a existir, e até pode continuar a viver com a vítima. Então se souber que houve uma denúncia, e pior se não souber quem foi, pode-se vingar. Já tive casos assim em que depois da denúncia a pessoa ainda levou porrada maior.” (Participante 27)</i>
	<i>“[...] em que se houver essa denúncia pode até piorar a violência ou até em casos mais extremos originar situações de risco para a vida.” (Participante 46)</i>
Falta de colaboração da vítima	<i>“Eh, a vítima muitas vezes ia à urgência para o hospital e depois como neste caso era um filho, depois acabava por retirar a denúncia. Então era muito complicado, foram bastantes anos de... de dificuldade nesse ponto e, e falar com assistente social e acompanhar o caso e depois ela desistir.” (Participante 12)</i>
	<i>“[...] as próprias vítimas tanto dizem o que é que aconteceu [...] como outras vezes desvalorizam. [...] Aquele entrave que causa resistência quando a própria vítima desvaloriza aquilo que me está a dizer, depois eu também fico um bocadinho de pé atrás de... será que isto está a ser algum exagero ou não.” (Participante 41)</i>

Autonomia da vítima

Este subtema é associado à iniciativa da vítima em tomar medidas para alterar a sua situação. Nestas situações os médicos referem optar por dar à vítima o espaço necessário para que esta construa o seu plano de fuga, respeitando a percepção das mesmas daquele que será o momento certo de término da relação abusiva. Os médicos sentem que nestes casos, em que as vítimas se mostram pró-ativas, uma denúncia feita por terceiros poderia ser prejudicial uma vez que, poderia deitar por terra o plano da vítima.

Gravidade da violência

Este subtema surge como uma barreira e como um facilitador à denúncia. Prende-se com a avaliação do grau de gravidade da violência sofrida pela vítima, sendo que em casos em que a violência é percebida como menos grave, os médicos entrevistados referem tendencialmente não a denunciar. Esta “menor gravidade” é frequentemente associada a formas de violência psicológica.

Risco de recorrência ou escalada da violência

Este subtema foi frequentemente citado pelos médicos entrevistados como uma das principais barreiras à denúncia. Engloba o receio manifestado pelos médicos de que uma denúncia poderá despoletar uma reação por parte do agressor, levando a que este se torne mais violento para com a vítima. Este subtema está relacionado com a percepção dos clínicos de que a resposta após denúncia não é suficientemente protetora para as vítimas, uma vez que, se fosse esse o caso, esta situação não se colocaria. Os médicos referiram vários casos em que efetivamente após uma denúncia feita por eles, pela vítima, ou por terceiros, existiu esta retaliação por parte do agressor.

Falta de colaboração da vítima

Este subtema surgiu frequentemente nas entrevistas realizadas. A falta de colaboração da vítima pode ocorrer em qualquer momento do processo, antes ou após a realização da denúncia. Encontra-se fortemente ligada aos motivos que levam a vítima a não denunciar, e a escolher permanecer numa relação abusiva, que foram descritos na introdução.

Facilitadores relacionados com a atividade médica

Em oposição ao que foi discutido até agora, surgiram também durante as entrevistas múltiplos facilitadores de denúncia que motivam os médicos a apresentar um relato oficial às autoridades de casos de VD, designadamente: “Denúncia anónima”, “Conhecimento do caso”, “Sentimento de culpa por não denunciar”, “Resposta percebida como eficaz” e “Testemunho da ocorrência” (ver Tabela 7).

Tabela 7: Citações sobre facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família relacionados com a atividade dos mesmos

Facilitadores relacionadas com a atividade médica	
Denúncia anónima	<i>“A denúncia pode ser feita de forma anónima. Isso facilita. Mas não sei se não seria levada mais a sério se denunciasses como médica.”</i> (Participante 29)
	<i>“É assim, eu creio que a denúncia, tanto quanto sei, ainda não fiz nenhuma, mas não tem que ser necessariamente, eh... assumida como, pode ser uma denúncia anónima e esse aspeto é facilitador.”</i> (Participante 46)
Conhecimento do caso	<i>“Ainda há pouco tive formação com um juiz. E ele disse-nos que era para denunciar. É crime público é para denunciar.”</i> (Participante 40)
	<i>“Dizia-lhe que é um crime público e, portanto, vou ser eu a denunciar a situação. É a minha obrigação como cidadã e como médica denunciar a situação.”</i> (Participante 44)
Sentimento de culpa por não denunciar	<i>“E lembro-me perfeitamente que ela ficou um bocado atrapalhada com aquilo e eu na altura por inexperiência, por inexperiência, pensei que devia ter tomado alguma atitude em relação aquela família e aquela criança. E até hoje me arrependo que não fiz nada.”</i> (Participante 13)
	<i>“Sobretudo por não fazermos a queixa, não é? É mais as vezes que pensamos nisso, se devíamos ter feito alguma coisa mais, não é?”</i> (Participante 17)
Resposta percebida como eficaz	<i>“Tive um senhor que era tetraplégico que diz que a mulher lhe mordida na cabeça porque era o sítio que ele sentia. E nós na altura, chamei a polícia, fui fazer queixa presencial à PSP. Aquilo deu-me imensa confusão, eles souberam depois que fui eu, mas teve uma consequência que foi o senhor passou a ter apoio domiciliário. Houve vigilância e houve mobilização de serviços.”</i> (Participante 39)
	<i>“Eu até hoje só denunciei um caso. Mas correu bem. Demorou, mas no final correu bem, tanto que a senhora que nem era minha utente agora quer passar a ser.”</i> (Participante 40)
Testemunho da ocorrência	<i>“É assim se eu objetivasse a denúncia à minha frente, a denúncia não o episódio de violência. Se alguém agredisse outra pessoa à minha frente, mas aí não denunciaria como médica, não é? Não tinha sido uma coisa que me foi contada. Que eu tivesse mesmo visto era mais fácil.”</i> (Participante 14)

*“É o que estava a dizer, se for **testemunha**, se estiver mesmo na linha da frente e **presenciar** a violência, aí não há dúvida.” (Participante 36)*

Denúncia anónima

Alguns dos participantes referem que a possibilidade de denunciarem o caso às autoridades, de forma anónima, poderá ser facilitador, uma vez que contornaria algumas das barreiras previamente apresentadas, nomeadamente a “Quebra da relação médico-doente” e o “Medo de represálias para o médico”. Ainda assim, alguns médicos referem que talvez esta denúncia anónima possa ser menos eficaz do que uma denúncia assumidamente realizada por um profissional de saúde.

É também de referir que o fato de a denúncia ser feita de forma anónima poderá, ou não, implicar que a vítima tenha conhecimento sobre a mesma. Alguns médicos referem não informar a vítima da sua intenção de denúncia, por forma a preservar a relação médico-doente, ao passo que outros consideram importante que esta seja avisada, dando-lhe assim a possibilidade de tomar alguma medida preventiva face a uma possível retaliação por parte do agressor.

Conhecimento do caso

Os médicos que concordaram com a obrigatoriedade de denúncia, referem que sendo a VD um crime público, o simples conhecimento do caso é motivador o suficiente para a apresentação de uma denúncia.

Sentimento de culpa por não denunciar

Este subtema surge da reflexão dos médicos sobre os possíveis riscos incorridos pela vítima quando o caso de VD não é denunciado às autoridades e a violência se perpetua. Quando confrontados com situações subsequentes de abuso, os médicos referem sentimentos de culpa face à sua inércia em prestar uma denúncia anteriormente.

Resposta percebida como eficaz

Este subtema é contrário a uma das barreiras acima apresentadas: “Resposta percebida como ineficaz” e surge quando os médicos expressam ter tido boas experiências na resolução dos casos de VD após uma denúncia, o que leva a que a sua percepção sobre os mecanismos de resposta seja positiva.

Testemunho da ocorrência

Um dos motivos mais facilitadores à denúncia seria os médicos testemunharem a ocorrência da agressão. Ainda que este seja um forte motivador de denúncia, os médicos concordam que esta não será uma situação frequente e que não reflete, na sua grande maioria, os casos que encontram na sua prática clínica diária.

Facilitadores relacionados com a vítima e/ou agressor

Outros motivos facilitadores de denúncia encontram-se relacionados com a vítima, o agressor, ou com o contexto da sua relação violenta. São eles: “Envolvimento de pessoa frágil”, “Falta de apoio social e/ou familiar”, “Pedido da vítima” e “Gravidade da violência e perigo de vida iminente” (ver: **Tabela 8**).

Tabela 8: Citações sobre facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família relacionados com a vítima e/ou agressor

Facilitadores relacionadas com a vítima e/ou agressor	
Envolvimento de pessoa frágil	<i>“Portanto, por mim, eu pelo menos posso dizer que tudo o que tenha haver com crianças, eu já fui a tribunal e tudo mais porque eu declaro tudo. Ou seja, denuncio tudo o que há em crianças, seja a nível de CPCJ seja a nível de tribunal.”</i> (Participante 41)
	<i>“No caso de envolver crianças, idosos, pessoas que estejam dependentes, acamados, com deficiências físicas... ou mentais que não lhes permitam se proteger. Nessas situações acho que não há tantas dúvidas em denunciar.”</i> (Participante 53)
Falta de apoio social e/ou familiar	<i>“Se identificasse que seria uma pessoa com uma pobre rede social ou familiar que não teria outra alternativa, ah... outra pessoa de referência a quem pedir ajuda sem dúvida que agiria mais depressa.</i> (Participante 09)
	<i>“Em casos em que a pessoa estivesse isolada, que não tivesse mais família ou alguém a quem pedir ajuda. Aí tens que ser tu a ajudar.”</i> (Participante 31)
Pedido da vítima	<i>“A pessoa, a pessoa dizer-me que... que precisava de ajuda, mas que não tinha coragem para o fazer, mas que precisava de ajuda. Aí denunciava.”</i> (Participante 47)
	<i>“Se a pessoa me pedisse. Se ela me pedisse eu denunciava.”</i> (Participante 50)
Gravidade da violência e perigo de vida iminente	<i>“Situações que eu sinta, mas as vezes isso é tão difícil, que a pessoa esteja mesmo a correr risco de vida. Não é? Ou de, ou de sofrer um dano, eh grande, acho que aí, não, não haveria dúvidas também. Mas as vezes é tão difícil avaliar até que ponto é que... o limite.”</i> (Participante 14)
	<i>“Situações já repetidas com um grau de violência elevado, que envolvam facas ou armas, coisas que possam matar ou causar danos irreparáveis.”</i> (Participante 48)

Envolvimento de pessoa frágil

Muitos médicos concordam que no caso em que a vítima seja alguém que por motivo da sua idade, ou capacidade física ou mental, não se possa defender, a denúncia seria feita mais prontamente. Alguns médicos referiram ainda que este envolvimento não teria que ser necessariamente como a vítima “direta” da agressão, mas que fariam também denúncia no caso, por exemplo, de crianças que presenciassem ou vivessem num ambiente familiar violento.

Falta de apoio social e/ou familiar

Os médicos encaram a rede de apoio da vítima como uma estrutura protetora contra a violência, sendo que na ausência destas entidades de suporte social ou familiar, a denúncia é vista como uma alternativa mais viável.

Pedido da vítima

Em casos em que é a própria vítima que pede ao médico que faça uma participação da situação de violência às autoridades, a maioria das barreiras deixa de existir, sendo este um grande facilitador de denúncia.

Gravidade da violência e perigo de vida iminente

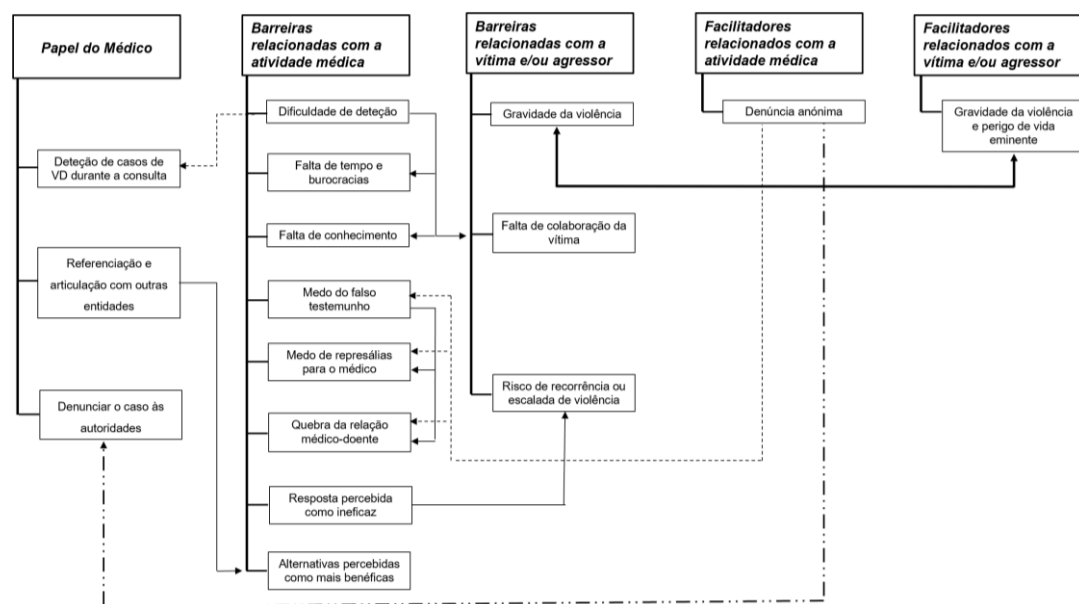
A avaliação cuidada da gravidade da violência, com especial atenção para o perigo de vida iminente, é considerada essencial neste tipo de situações. A maioria dos médicos refere que, em casos de violência extrema com elevada repercussão na saúde da vítima que pusessem em causa a sua segurança imediata, não existiriam dúvidas quanto à denúncia.

No entanto, é de realçar que quando questionados, a maioria dos médicos confessou não se sentir capacitado para a realização desta avaliação, necessitando de maior formação na área.

Relação entre os temas e subtemas

Os temas e subtemas encontrados após a análise das entrevistas apresentam múltiplas relações entre si. Estas relações encontram-se expressas na **Figura 1**. Esta figura foi simplificada de maneira a incluir apenas as relações mais evidentes entre os subtemas apresentados.

Figura 1: Relações entre os temas e subtemas



Legenda: — "Associação" - . . - . . - "Facilita"
 - - - - - "Diminui" ↔ "Progressão"

Análise de conteúdo

Todos os médicos referiram estar de acordo com a legislação em vigor no que diz respeito à denúncia facultativa de casos de VD por elementos da população em geral. No entanto, no que diz respeito à obrigatoriedade de denúncia prevista na lei, para funcionários públicos, incluindo trabalhadores do Sistema Nacional de Saúde, os médicos demonstraram estar quase divididos: 29 médicos afirmaram concordar com a obrigatoriedade de denúncia, a eles imposta pela lei, e 25 médicos referiram discordar com essa mesma obrigatoriedade. A análise de conteúdo permitiu aferir quais os temas e subtemas mais frequentemente associados com esta concordância ou discordância face à obrigatoriedade de denúncia de casos de VD pelos médicos de família (**ver: Tabela 9**).

Tabela 9: Prevalência de cada tema e subtema em relação com a concordância ou discordância de cada participante face à denúncia obrigatória de casos de VD pelos médicos de família.

<i>Temas e Subtemas</i>	<i>Nº de Participantes que referenciam o subtema N (%)</i>	
	Concordância	Discordância
<i>Papel do médico</i>		
Realização de atividades preventivas de VD	3	2
Deteção de casos de VD durante a consulta	8	7
Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante	17	12
Ser uma fonte de apoio e suporte emocional	21	14
Referenciação e articulação com outras entidades	17	12
Registar o episódio de violência no processo clínico da vítima e/ou agressor	3	1
Incentivar a vítima a apresentar uma denúncia às Autoridades	15	20
Denunciar o caso às autoridades	17	4
Tratamento de problemas de saúde relacionados com a violência	3	1
Intervenção com o agressor	5	6
Manter o seguimento de utente e acompanhar o	8	4

Processo		
Proteção de outros indivíduos	3	1
<i>Barreiras relacionadas com a atividade médica</i>		
Dificuldade de deteção	10	9
Falta de tempo e burocracias	13	12
Falta de conhecimento	19	20
Falta de regulamentação	4	3
Medo do falso testemunho	10	6
Quebra da relação médico-doente	12	13
Sigilo profissional	6	9
Medo de represálias para o médico	4	9
Alternativas percebidas como mais benéficas	7	11
Resposta percebida como ineficaz	18	18
Não ser da sua responsabilidade	0	3
Violência aceitável como resposta a violência	0	1
<i>Barreiras relacionadas com a vítima e/ou agressor</i>		
Autonomia da vítima	13	12
Gravidade da violência	6	4
Risco de recorrência ou escalada de violência	11	13
Falta de colaboração da vítima	14	17
<i>Facilitadores relacionados com a atividade médica</i>		
Denúncia anónima	8	1
Conhecimento do caso	12	0
Sentimento de culpa por não denunciar	3	3
Resposta percebida como eficaz	3	1
Testemunho da ocorrência	3	6
<i>Facilitadores relacionados com a vítima e/ou agressor</i>		
Envolvimento de pessoa frágil	11	9
Falta de apoio social e/ou familiar	3	3
Pedido da vítima	1	8
Gravidade da violência e perigo de vida iminente	19	17

No que diz respeito ao “Papel do médico” os subtemas mais frequentemente associados com a concordância em relação à lei foram: “Ser uma fonte de apoio e suporte emocional” (n=21), “Levar a vítima a reconhecer a sua situação e fornecer informação importante” (n=17), “Referenciação e articulação com outras entidades” (n=17) e “Denunciar o caso às autoridades” (n=17). Em contrapartida, o subtema mais frequentemente associado à discordância foi: “Incentivar a vítima a apresentar uma

denúncia às autoridades” (n=20). De notar que, apesar de os médicos que discordam com a obrigatoriedade de denúncia, preferirem incentivar a própria vítima a denunciar o caso às autoridades, isto não significa que em determinadas situações, especialmente em relação com os facilitadores de denúncia, estes não tomem esta iniciativa (n=4). Em contrapartida, os médicos que concordam com a obrigatoriedade de denúncia também procuram, frequentemente, motivar a vítima na tomada desta decisão (=15). No entanto, é mais frequente que os médicos que concordam com a obrigatoriedade de denúncia encarem a denúncia como um dos elementos integrantes do seu papel como médicos (n=17 VS n=4).

Em relação às barreiras encontradas pelos médicos quando ponderam denunciar, observa-se uma sobreposição entre os subtemas: “Falta de conhecimento” e “Resposta percebida como ineficaz”, quer nos médicos que concordam, como nos médicos que discordam da denúncia obrigatória. Isto demonstra que independentemente da posição dos médicos em relação à legislação em vigor estas são as maiores barreiras à denúncia encontradas comprometendo a sua atuação. Os médicos que discordam com a obrigatoriedade de denúncia referem também como uma barreira a: “Falta de colaboração da vítima”. Neste caso os médicos consideram que a denúncia não seria eficaz sem a colaboração e corroboração da vítima, pelo que não existirá benefício em denunciar um caso sem o aval da mesma.

Finalmente o facilitador de denúncia mais frequentemente encontrado foi: “Gravidade da violência e perigo de vida iminente”, surgindo em 19 entrevistas com participantes que concordam com a denúncia obrigatória e 17 dos que discordam. A perceção pelo médico de um elevado grau de violência que comprometa a segurança do seu paciente é o principal motivador para a denúncia, mesmo entre aqueles que consideram que a mesma não deva ter um cariz obrigatório, devendo restringir-se a esta e outras situações em específico, nomeadamente o “Envolvimento de pessoa frágil”. De referir ainda que apenas os médicos que concordam com a denúncia obrigatória afirmaram que o simples “Conhecimento do caso”, seria motivador suficiente para a denúncia (n=12 VS n=0).

Discussão

Pontos fundamentais do estudo

Este estudo reflete as percepções dos especialistas em MGF, a exercer atualmente em Portugal relativamente ao seu papel na gestão e denúncia de casos de violência doméstica de que tenham conhecimento no exercício das suas funções.

- a) A legislação que configura a violência doméstica como um crime público, sujeito a obrigatoriedade de denúncia por funcionários públicos, neste caso os médicos, é vista como uma **política controversa**;
- b) Os médicos de família veem com bons olhos a extensão do dever de denúncia à população em geral, mas apresentam **visões contraditórias** quanto à obrigatoriedade de denúncia de casos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções;
- c) Os médicos de família consideram ter um **papel fulcral e abrangente na gestão e seguimento** de casos de violência doméstica, sendo responsáveis por fornecer **apoio e aconselhamento** antes, durante e após o processo de denúncia;
- d) Os médicos de família manifestam várias **barreiras** à apresentação de uma denúncia às autoridades. As principais barreiras prendem-se com a **escassez de formação** nesta área, o que compromete a sua avaliação, e a percepção de que a **resposta policial e jurídica não é eficaz**.
- e) Entre os motivos que levam os médicos a denunciar casos de violência doméstica destacam-se **o envolvimento de pessoas frágeis** na dinâmica da violência, e a percepção de um **elevado grau de violência** que coloque em risco a saúde e vida da vítima.

Pontos fortes e limitações

Este é o primeiro estudo realizado em Portugal que avalia a perceção dos médicos de família, quanto ao seu papel na gestão de casos de VD, a sua concordância com a obrigatoriedade de denúncia e os motivos que os levam, ou não, a apresentar uma denúncia às autoridades de casos de que tenham conhecimento no exercício das suas funções. Tendo isso em conta, e a escassez de estudos internacionais referentes a estes tópicos, os resultados deste estudo acrescem a um ainda limitado corpo literário, esperando-se que sirvam de base a trabalhos ulteriores e incentivem o interesse no tema, levando ao debate e possível reavaliação das políticas em vigor.

A conceptualização do estudo como um projeto a ser implementado a nível nacional permitiu a cobertura de uma extensa área geográfica, englobando participantes de todas as ARS's de Portugal continental, e, por conseguinte, representando perspectivas adquiridas em múltiplos contextos sociais e culturais, o que contribuiu para a abrangência dos resultados obtidos. Este é um dos pontos fortes deste trabalho, sendo melindrado apenas pela mais baixa adesão dos médicos da ARS Alentejo.

A utilização de entrevistas semiestruturadas como meio de recolha de informação é também um ponto forte, uma vez que permitiu dar resposta às perguntas científicas, sem as limitações inerentes a outras formas de colheita de dados mais estanques. Foram produzidos assim temas e subtemas abrangentes e por vezes inesperados, traduzindo a multitude de experiências dos participantes.

Contudo, o estudo apresenta algumas limitações. Primeiramente não foi averiguado se algum dos participantes teria experiência pessoal (e não profissional) com casos de violência doméstica, limitando assim a compreensão sobre o papel desempenhado pelas vivências pessoais dos participantes na sua motivação, ou não, em apresentarem uma denúncia. Em segundo lugar o estudo incluiu apenas médicos de família, sendo que extensão a outros profissionais de saúde poderia apresentar perspectivas diferentes. Por fim, o fato de seis dos participantes envolvidos conhecerem previamente a autora poderá ter influenciado as suas respostas.

Comparação com a literatura

Os médicos de família entrevistados neste estudo expressaram uma visão abrangente sobre VD, sentindo que a abordagem deste tema é uma parte integrante da sua atividade profissional e assumindo múltiplos papéis e responsabilidades na gestão e seguimento das vítimas, agressores e das suas famílias. No entanto, no que diz respeito à apresentação de uma denúncia às autoridades os médicos manifestaram múltiplas preocupações que condicionavam uma posição conflituante em relação à obrigatoriedade de denúncia. Este conflito foi também demonstrado num estudo realizado na Califórnia, onde existe obrigatoriedade de denúncia [56]. Nesse estudo 59% dos médicos inquiridos (nos cuidados de saúde primários e secundários) referiu não agir em conformidade com a lei no caso de o seu paciente não autorizar a denúncia. Esta posição era assumida devido a questões quanto ao impacto da legislação na procura de cuidados, a possibilidade de retaliação por parte do agressor e o comprometimento da confidencialidade e autonomia das vítimas. Estas foram também algumas das barreiras encontradas no nosso estudo e que condicionam a atuação dos médicos de família em Portugal. Em contrapartida, utilizando a mesma amostra, 86% dos médicos referiu acreditar que a denúncia obrigatória pode aumentar o reconhecimento e a capacidade de resposta a casos de VD. Esse mesmo estudo demonstrou que médicos nos serviços de emergência denunciam mais facilmente do que os médicos de família, provavelmente pela severidade das lesões encontradas. Esta observação é concordante com o observado no presente estudo, uma vez que, um dos maiores facilitadores de denúncia citado pelos médicos foi a “Gravidade da violência e perigo de vida iminente”.

O foco na gravidade de violência e a postura dos médicos de família face à denúncia de casos considerados mais graves, onde existe risco imediato para a vida da vítima, poderá prevenir um desfecho trágico em algumas situações, mas não ser apropriado na maioria dos casos. Estudos qualitativos sugerem que algumas mulheres consideram os abusos psicológicos mais degradantes e intoleráveis do que a violência física [2] e a maioria das vítimas de VD tende a procurar ajuda em resposta a padrões reiterados de comportamentos intimidatórios, e não tanto face a episódios isolados de abuso [3].

Uma das principais barreiras encontradas no nosso estudo foi a “Falta de conhecimento”. Um estudo holandês realizado com 278 profissionais de saúde mental, procurou estudar a perceção destes clínicos relativamente ao seu grau de conhecimento

sobre VD. Este estudo demonstrou que na sua maioria os profissionais de saúde pensam possuir níveis baixos de conhecimentos relativamente à VD apresentando baixa capacidade em reconhecer estes casos e em prestar apoio às vítimas [57]. É interessante perceber que uma pontuação mais elevada na perceção do seu conhecimento, não se traduzia necessariamente, em um grau mais elevado de conhecimento (particularmente nos médicos mais velhos). Este foi também um dos achados do nosso estudo, sendo que alguns dos médicos entrevistados respondiam confiantemente às questões com base em informação factualmente errada.

Esta falta de conhecimento está muitas vezes relacionada com a falta de formação na área da VD. Um estudo norte-americano com 113 pediatras demonstrou que nos Estados em que era requerida formação em violência infantil durante a licenciatura, os médicos possuíam maiores conhecimentos na área, demonstrando maior confiança no reconhecimento e denúncia destes casos [58]. Um outro estudo mostrou que um terço dos 1521 médicos inquiridos nos Estados Unidos da América nunca recebeu qualquer formação respeitante a VD, sendo que o conhecimento na área se traduzia por um mais elevado índice de suspeição [59]. Assim, demonstra-se que os profissionais de saúde necessitam de formação adequada para aumentar a sua capacidade de deteção e seguimento de casos de VD. Neste último estudo, 13,3% dos médicos referiu que não seria da sua responsabilidade lidar com casos de VD, indicando baixos níveis de confiança na sua abordagem, e não agindo muitas vezes em conformidade com leis de denúncia obrigatória [59]. Esta perspetiva não é partilhada pelos médicos de família em Portugal uma vez que, mesmo aqueles que indicaram que a denúncia não deveria ser da sua responsabilidade, manifestaram o seu dever de intervenção noutras instâncias.

A falta de conhecimento pode também levar a registos clínicos incompletos, sendo que a redação de bons registos clínicos foi um dos papéis assumidos pelos médicos de família neste estudo. Um estudo com médicos de família em Inglaterra revelou que os médicos apresentam múltiplas dificuldades no registo de situações de VD [60]. Estas dificuldades muitas vezes estavam relacionadas com a necessidade de manter os registos confidenciais, sendo que os médicos adotavam várias estratégias, tais como o envio de informação através de meios pessoais e privados entre profissionais de saúde e instituições. Um outro estudo analisou retrospectivamente 197 registos clínicos relacionados com VD (nos cuidados de saúde primários, serviços hospitalares e de emergência médica), tendo demonstrado múltiplas lacunas: informação ilegível e ausência de informação relevante, nomeadamente data de

ocorrência, dados pessoais da vítima e identificação do médico. Em 7,1% dos casos não foi possível identificar a vítima através dos registos clínicos [32]. Esta qualidade insatisfatória dos registos clínicos irá impreterivelmente comprometer o processo judicial.

Particularizando para os cuidados de saúde primários, um estudo realizado com médicos, enfermeiros e parteiras, na Turquia, demonstrou que a maioria dos médicos (64,3%) faz a denúncia de casos de VD de que tenha conhecimento no exercício das suas funções [61]. Já no que se refere aos profissionais de enfermagem e parteiras este valor descia para 41,6%. Quando a iniciativa de denúncia não partia do profissional de saúde, na maioria dos casos, a vítima era incentivada a denunciar ou a recorrer a instituições de apoio. Esta dicotomia entre denunciar ou promover a denúncia foi também observada no nosso estudo. Quando questionados sobre as razões que os levavam a não denunciar os profissionais de saúde referiram, não acreditar que a vítima fosse abandonar a relação abusiva, falta de conhecimento quanto à deteção, documentação e referenciação de casos de VD e preocupações quanto à sua segurança pessoal. Mais uma vez, estas respostas assemelham-se às encontradas no presente estudo.

Um estudo realizado na Austrália, também com médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários, sobre violência infantil demonstrou que estes profissionais apresentavam inúmeras barreiras à realização de uma denúncia notavelmente: falta de conhecimento, falta de *guidelines* e informação sobre a denúncia, medo em quebrar a relação com o paciente, medo de que os pais se pudessem sentir “perseguidos” e medo de fazer um diagnóstico incorreto. Alguns profissionais referiram, também, ter tido más experiências anteriores com o processo de denúncia, sentindo-se desencorajados em situações subsequentes. A maioria dos participantes referiu concordar, ainda que com algumas reservas, com a obrigatoriedade de denúncia, mas ter dúvidas sobre a eficácia deste tipo de legislação na proteção das crianças abusadas [62].

Esta perceção pelos médicos de que a resposta prestada às vítimas é ineficaz na sua proteção e na persecução dos agressores foi também um dos subtemas principais do nosso estudo. Um estudo sobre as experiências dos médicos com os serviços de proteção de menores de 5 países distintos revelou que a maioria dos participantes revelava não ter uma boa experiência na denúncia de casos de abuso emocional das crianças e de casos em que a criança era uma vítima “indireta” por assistir à violência entre os pais. Os médicos referiam que, estes serviços não prestavam a devida atenção às suas denúncias, respondendo às mesmas de forma

inconsistente. Além disto, os médicos referiam ainda que a denúncia comprometia a sua relação terapêutica com as vítimas, por vezes levando ao abandono de consultas ou à retaliação por parte do agressor. Uma outra barreira encontrada neste estudo foi, mais uma vez, a falta de conhecimento e de formação na área [63]. Ainda mais preocupante foi a perspectiva apresentada numa meta-análise em que, alguns dos profissionais entrevistados, sobre denúncia de abusos infantis, reportaram que por vezes as crianças tinham acabado por falecer após serem colocadas numa família de acolhimento [64]. O risco de revitimização também ocorre em vítimas adultas e esta é uma das preocupações referidas pelos médicos em Portugal quando ponderam uma denúncia, surgindo também em múltiplos estudos [14, 15, 17, 56]. Um estudo sobre o risco de revitimização após denúncia demonstrou que o risco se mantinha igual independentemente da medida legal adotada (ordem de restrição de aproximação ou mandado de prisão), exceto nas classes sociais mais desfavorecidas em que o risco de revitimização aumentou após a ordem de restrição de aproximação [65].

Um dos grandes facilitadores de denúncia encontrados neste estudo foi o “Envolvimento de pessoa frágil” quer como vítima, quer como observador da violência. De fato, a maioria dos estudos sobre denúncia de casos de VD, são referentes a tipos mais específicos de violência, como a violência infantil e a violência contra idosos. Ainda assim, e tal como tem vindo a ser demonstrado pelos estudos já citados, as barreiras à denúncia são, na maioria dos casos, as mesmas. Um estudo sobre violência contra idosos, no contexto de interações com os serviços de emergência médica, demonstrou que os médicos, muitas vezes, optavam por não denunciar os casos, devido à falta de protocolos e formação adequada na gestão de casos de violência contra idosos, dificuldades em contactar outros serviços, nomeadamente a assistência social, falta de tempo e falta de *feedback* após a apresentação de uma denúncia [66].

É de ressaltar que quando comparamos os nossos resultados com estudos sobre as barreiras à abordagem da temática da VD, existe uma sobreposição nas barreiras encontradas. Estas barreiras foram enumeradas na introdução e incluem: o receio quanto à segurança pessoal do médico, medo de um diagnóstico errado, falta de conhecimento, falta de tempo, ausência de protocolos de deteção e seguimento, percepção de que a VD não é da sua responsabilidade, medo de retaliação por parte do agressor e falta de colaboração por parte das vítimas na tomada de decisão [15, 21, 49]. Esta observação demonstra que as barreiras presentes no nosso estudo são pervasivas à abordagem da VD, influenciando a postura do médico desde o inquérito inicial até ao momento de denúncia.

Implicações do estudo para a prática, políticas e investigação

Este estudo demonstra que é necessário intervir por forma a otimizar a resposta a casos de VD, por parte dos médicos de família, em Portugal:

- i) **Criar programas de formação formais a ser implementados a nível nacional junto dos cuidados de saúde primários.** Estes programas devem dar resposta às múltiplas barreiras encontradas neste estudo, desde o momento de deteção de casos de VD, à sua abordagem, referenciação e denúncia.
- ii) **Criação de planos de ação a nível local,** de acordo com os recursos disponíveis em cada comunidade, nomeadamente facilidade na referenciação a consulta de especialidade, instituições de apoio, casas de abrigo e serviços sociais e policiais.
- iii) **Fornecer às EPVA's os meios logísticos necessários à coordenação de uma resposta efetiva e uniforme** face a casos de VD reportados pelos profissionais da sua instituição.
- iv) **Alargar programas de apoio a vítimas de violência doméstica,** nomeadamente na procura de emprego e de casa, apoio psicológico, e integração comunitária.
- v) **Expansão dos programas para agressores de violência doméstica,** permitindo a referenciação através dos cuidados de saúde primários e secundários.
- vi) **Ampliar os programas formativos à comunidade,** com foque na prevenção da violência e na capacitação para a deteção e denúncia apropriada.

Com vista a aumentar o conhecimento sobre a VD em Portugal deverão ser desenvolvidos mais estudos na área, em particular:

- i) Elaboração de **estudos qualitativos com vítimas e agressores de violência doméstica,** com vista a avaliar a sua perceção quanto às suas interações com os serviços de saúde, serviços de apoio à vítima e serviços policiais e jurídicos.
- ii) Desenvolvimento de **estudos qualitativos com outras classes profissionais,** para avaliação das suas experiências e opiniões

relativamente à temática da VD, nomeadamente, enfermeiros, dentistas, forças policias e professores.

- iii) Elaboração de estudos qualitativos que permitam **estudar as experiências de grupos específicos**, nomeadamente, vítimas do género masculino, elementos da comunidade LGBTQ+, idosos, entre outros.
- iv) Realizar **estudos de *follow-up* que permitam averiguar a eficácia da legislação** em vigor no aumento do número de denúncias, proteção das vítimas e persecução dos agressores.

Conclusões

Na sua componente teórica esta tese promove uma reflexão sobre a legislação em vigor quanto à VD e o papel dos profissionais de saúde na gestão destes casos. A escassez de estudos que analisem a eficácia de leis de denúncia obrigatória, e os motivos que levam os profissionais de saúde a denunciar, ou não, estes casos, impede uma completa perceção da legislação em vigor e do impacto que acarreta para as vítimas e agressores.

O estudo sobre a perceção dos médicos de família em Portugal do seu papel na gestão de casos de VD e dos motivos que os levam, ou não, a apresentar uma denúncia às autoridades, acrescenta conhecimento numa área até agora virtualmente inexplorada. Neste estudo são evidenciadas múltiplas barreiras à denúncia, e alguns facilitadores, que vão de encontro com as preocupações e opiniões expressas a nível internacional pelas vítimas e profissionais de saúde.

A mitigação e prevenção da VD implicam um esforço contínuo a nível social e legislativo para dar resposta às necessidades das vítimas de forma eficaz e protetora.

Anexos

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética do CHUP/ICBAS

Exma. Senhora
Diana Nadine Santos Moreira

v. referência	v. comunicação	n. referência	data
		SD/HCC/23	2019-05-03
assunto	2019/CE/P016(294/ICBAS)		



Exma. Senhora,

Informa-se que o projeto com o título “Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos Médicos de Família de casos de Violência Doméstica”, com a referência 2019/CE/P016(294/ICBAS), submetido à Comissão de Ética conjunta CHUP/ICBAS, foi apreciado em reunião plenária de 24 de abril de 2019, tendo obtido parecer favorável nessa data.

Com os melhores cumprimentos,

O DIRETOR


(Prof. Doutor Henrique Cyne Carvalho)

LCO

RUA DE JORGE VITERBO FERREIRA, 228, 4050-313 PORTO, PORTUGAL
TELEFONE: +351 220 428 000
FAX: +351 220 428 090
www.icbas.up.pt

Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Norte



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

EXARADO NA ATA Nº 2020_06

REUNIÃO DE 2020-02-27

☐ COMUNICAÇÃO ☒ INFORMAÇÃO ☐ PARECER DATA : 22.01.2020
Nº <Processo> <Registo>

DELIBERADO CONCORDAR
2020-02-27

PARA : Conselho Diretivo da ARS Norte

DE : Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO .. : Parecer nº 82/2019

Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 82/2019 sobre o Estudo "Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família dos casos de violência doméstica", aprovado na reunião de 21 de janeiro de 2020, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Ponciano Oliveira
Vogal do CD

19.02.2020
Paula Duarte
Vogal do CD

**Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do
Norte, I.P.**

PARECER Nº 082/2019

Sobre o Estudo T1064 - "BARREIRAS E FACILITADORES DE DENÚNCIA POR
PARTE DOS MÉDICOS DE FAMÍLIA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA"

A – Relatório

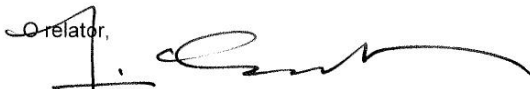
1. O protocolo é apresentado por DIANA NADINE DOS SANTOS MOREIRA, IMGF e mestranda em Medicina Legal. É orientada por Mariana Pinto da Costa e co-orientada por Paula Oliveira.
 2. O objetivo é clarificar quais os fatores que influenciam a decisão dos Médicos de MGF a apresentar ou não denúncia de casos de violência doméstica.
 3. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada a um grupo de 10 a 20 médicos de MGF de cada uma das 5 ARS do país, com extensão às regiões autónomas.
 4. Os participantes serão recrutados (as) por via eletrónica ou nas redes sociais e a entrevista será realizada presencialmente ou por Skype.
 5. O responsável da ARS – Norte dará consentimento após o parecer da CES.
- B – Elementos com eventuais implicações éticas**

1. O consentimento informado será pedido na hora.
2. Garante anonimização da identidade dos utentes.
3. Os (as) participantes serão submetidos a um questionário sócio-demográfico bastante invasivo da privacidade e desfocado do objetivo do estudo. Atendendo a que não se trata de pessoas vulneráveis pode ser aprovado.
4. Prevêem-se benefícios do estudo.
5. Os custos diretos são proporcionados.

C – Conclusão

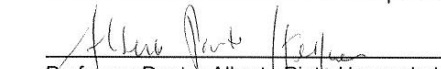
1. Face ao exposto, a CES delibera emitir parecer favorável ao estudo de investigação em causa.

Aprovado em reunião do dia 21 de janeiro de 2020 por unanimidade

O relator,


Professor Doutor Jorge Teixeira da Cunha

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO: <i>Hambrado</i> <i>16.07.2020</i> Lúcia Barros Diretora Regional <i>[Signature]</i> Presidente
---	---

ASSUNTO:

57/2019 - "Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos Médicos de Família de casos de Violência Doméstica"

[Signature]
Vice-Presidente

[Signature]
Vice-Presidente

O projeto de investigação foi submetido a várias CE tendo já parecer favorável de algumas. É um tema - violência doméstica - muito relevante cuja relevância ganhou nova dimensão com a pandemia.

De uma perspetiva ético-legal não encontramos nada a assinalar.

O Relator

[Signature]
Carla
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES

[Signature]
Fontes
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)

Anexo 4 - Parecer da Comissão de Ética da ULS Norte Alentejano



Ata
T-3
08.06.2022

INFORMAÇÃO

N.º26/2022, de 18 de maio

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Vogal Executivo do CA- Dr. Raul Cordeiro

C/C:

Ata 23/2022
Doc. 71

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos Médicos de Família de casos de Violência Doméstica."

PARECER	
ULSNA-EPE	
Conselho de Administração	
João Paulo Antunes, Presidente	
Vitor Espírito, Direção Clínica	
Jorge Lourenço, Diretor de Enfermagem	
Almeida Silva, Vogal Executivo	
Raul Cordeiro, Vogal Executivo	

DESPACHO/DELIBERAÇÃO	
Tudo conforme. Considera-se aprovada a parte referente ao estudo.	
A Comissão de Ética	
08/06/2022 c/c a JAFBD	

A requerente, Diana Nadine Santos Moreira, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo no âmbito da sua tese de mestrado em medicina Legal, intitulado: "Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos Médicos de Família de casos de Violência Doméstica."

Cumpra-se apreciar:

I- Enquadramento

O enquadramento e justificação do estudo encontra-se no âmbito da tese de mestrado da requerente.

II- Objetivos

Geral

- Clarificar quais os fatores, barreiras e facilitadores, que influenciam a decisão do médico de família de apresentar ou não uma denúncia de um caso de violência doméstica.

III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo qualitativo e correlacional.

IV- População alvo

A população é recrutada de entre médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar que integrem o Sistema Nacional de Saúde, numa ordem de grandeza entre 10 a 20 por ARS.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

ULSNA-EPE (Nov)
SECRETARIAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO
ENTRADA Nº 202203455
08.06.22

CES
14



O instrumento de recolha de dados é a aplicação de questionários, efetuados em várias fases, cujos guiões estão juntos ao processo, não existindo questões que mereçam censura, sendo que a mestranda juntou o modelo de consentimento informado a aplicar.

As questões não suscitam obstáculos ético legais a assinalar.

Os entrevistados aderem às respostas voluntariamente, consistindo em o consentimento informado o fundamento da licitude.

Os dados serão tratados através do recurso a folha de cálculo Excel para o cálculo da percentagem relativa a cada um dos grupos definidos.

As entrevistas serão transcritas e analisadas com recurso ao programa NVivo 2022.

VI- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, sendo o consentimento informado o instrumento que confere a licitude na recolha da informação atinente ao estudo.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: *"Barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos Médicos de Família de casos de Violência Doméstica."*

A mestranda deverá proceder à destruição da informação de saúde recolhida no prazo de 2 anos após conclusão do estudo.

A mestranda após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

Anexo: Requerimento com projeto completo do estudo.

Apêndices

Apêndice 1 – Informação ao Participante

Barreiras e facilitadores de denúncia pelos médicos de família de episódios de violência doméstica

Gostaríamos de o convidar a fazer parte do nosso projeto de investigação que procura esclarecer quais as barreiras e facilitadores de denúncia por parte dos médicos de família de episódios de violência doméstica.

Quem realiza esta investigação?

Este trabalho está a ser conduzido pela Dr.^a Diana Nadine Moreira, médica interna de formação específica em Medicina Geral e Familiar, e aluna de Mestrado em Medicina Legal pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto. Este trabalho conta com a supervisão da orientadora de mestrado, Dr.^a Mariana Pinto da Costa, especialista em Psiquiatria.

Porque está a ser realizado este trabalho de investigação?

A violência doméstica constitui um grave problema de saúde pública. Apesar da atual sensibilização e do número de denúncias estar a aumentar, pensa-se que apenas uma pequena percentagem de episódios de violência doméstica sejam relatados às autoridades. Os médicos de família, pela relação que estabelecem com os seus utentes, encontram-se numa posição privilegiada para a deteção e denúncia de casos de violência doméstica. Assim, com este trabalho pretendemos esclarecer quais os fatores facilitadores e as barreiras encontradas pelos médicos de família a realizar uma denúncia às autoridades destes episódios de violência doméstica.

Como vai ser feita a colheita de dados?

A informação obtida terá por base entrevistas individuais e confidenciais, conduzidas pela investigadora. É expectável que o tempo de entrevista possa variar entre 30 e 60 minutos, dependendo das respostas obtidas. As entrevistas poderão decorrer presencialmente ou por Skype, ou outra plataforma como Zoom ou Teams. O horário da

entrevista será definido de acordo com a disponibilidade dos participantes. Com o seu consentimento a entrevista será áudio-gravada e posteriormente transcrita pela investigadora.

O nosso foco de interesse é a opinião e experiência dos participantes sobre as questões colocadas, e como tal não existem respostas certas ou erradas. Uma vez que a violência doméstica pode ser um tema sensível, pode escusar-se responder a alguma questão. Esperamos que possa ver a entrevista como um momento proveitoso e uma oportunidade para refletir sobre um tema que consideramos importante.

Antes da entrevista ser-lhe-á pedido que preencha um pequeno questionário sociodemográfico, de forma a que possamos compreender melhor o contexto vivencial e laboral dos nossos participantes.

Todo o processo será realizado com confidencialidade e todos os dados serão anonimizados. Qualquer informação potencialmente identificativa será alterada e ser-lhe-á atribuído um número de participante, que funcionará como um pseudónimo para que possa ser citado de forma anónima em futuras apresentações e publicações.

Quem poderá participar?

Médicos Especialistas em Medicina Geral e Familiar, que se encontrem neste momento a trabalhar em Portugal.

Existe algum risco associado à minha participação?

Não se antecipa nenhum risco em particular com a participação neste projeto. No entanto, dada a sensibilidade do tema, existe a possibilidade de alguma questão ou tópico o poder vir a inquietar de alguma forma (por exemplo: se uma questão o relembrar de uma experiência pessoal stressante). Na eventualidade de tal acontecer podemos proceder a uma pausa na entrevista, o seu reagendamento, ou poderá optar por abandonar o projeto, caso queira.

Posso abandonar o projeto?

Sim, a participação é inteiramente voluntária e poderá abandonar o projeto, sem dar qualquer tipo de explicação, em qualquer momento antes ou durante a entrevista. Poderá também solicitar a omissão de toda ou parte da informação fornecida até um mês após a realização da entrevista.

Como será usada a informação?

As entrevistas serão transcritas, analisadas. Extratos anonimizados poderão ser utilizados sobre a forma de citações na elaboração de uma tese de mestrado e ainda em eventuais apresentações e publicações.

A informação sociodemográfica será compilada e analisada em relação com os resultados das entrevistas.

A concordância com a participação neste projeto implica a sua aceitação do uso da informação que irá fornecer, da forma supracitada.

Quem financia este projeto?

O projeto encontra-se a ser financiado na íntegra pela investigadora. Não se escusam, no entanto, possíveis patrocínios futuros de acordo com os meios de divulgação dos resultados.

Se tiver alguma questão, quem posso contactar?

Caso tenha alguma questão por favor contacte. São também estes os contactos que poderá utilizar para o agendamento da entrevista.

dmoreira@arsnorte.min-saude.pt ou 91 055 33 07

Desde já agradeço o seu tempo e consideração.

Caso pretenda participar por favor prossiga para o "Consentimento Informado", clicando em "Seguinte".

(Acesso através do link: <https://forms.gle/SrdpeFaQQgSPt6TE7>)

Apêndice 2 – Consentimento informado

Consentimento informado

Investigadora: Diana Moreira (Especialista em Medicina Geral e Familiar, Estudante do Mestrado de Medicina Legal);

Orientadora: Dr.^a Mariana Pinto da Costa (Psiquiatra, Mestre em Políticas e Serviços de Saúde Mental)

Foi-me dada uma explicação sobre o projeto, os seus fundamentos teóricos, objetivos e metodologia, que compreendo e aceito. Tive a oportunidade de colocar questões sobre o projeto que foram respondidas, tendo entendido essas mesmas respostas.

A minha participação neste projeto é inteiramente voluntária. Compreendo que posso escolher abandonar o projeto e retirar a informação previamente fornecida a qualquer momento até 1 mês após a data da entrevista, sem ter que para isso fornecer nenhum tipo de explicação. Sei ainda que posso escolher não responder a alguma questão em particular, caso não queira.

Compreendo que toda a informação fornecida é anónima e confidencial, e ser-me-á atribuído um número de participante. Compreendo que o que disser pode ser utilizado em futuras apresentações e publicações.

Assim sendo,

- ☐ Aceito participar do projeto de investigação.
- ☐ Aceito que a minha entrevista seja áudio-gravada.
- ☐ Aceito que a minha entrevista seja transcrita pela investigadora.
- ☐ Aceito que extratos da minha entrevista sejam citados de forma anonimizada em futuras apresentações e publicações.
- ☐ Aceito que a minha informação sociodemográfica possa ser compilada com a dos restantes participantes e que eventuais conclusões possam ser reportadas em futuras apresentações e publicações.

☐ Aceito que a investigadora conserve o material de entrevista (transcrição da entrevista e respostas ao questionário) para futura análise e publicação.

Tendo aceitado as condições acima, por favor avance para o "Questionário sociodemográfico", clicando em "Seguinte"

(Acesso através do link: <https://forms.gle/SrdpeFaQQgSPt6TE7>)

Apêndice 3 – Questionário sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

De forma a compreendermos melhor a diversidade de pessoas que fazem parte do nosso estudo, agradecemos que responda a algumas questões. Toda a informação fornecida é confidencial. Por favor escreva a sua resposta no local indicado ou selecione a resposta ou respostas que melhor se adequam ao seu caso.

Idade: _____ anos

Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino; ☐ Outro, qual? _____

Como descreveria a sua sexualidade: ☐ Heterossexual; ☐ Homossexual;
☐ Bissexual; ☐ Outra, qual? _____

Como descreveria a sua etnia: ☐ Branca; ☐ Negra; ☐ Asiática; ☐ Cigana; ☐ Outra, qual? _____

Como descreveria o seu estado civil: ☐ Solteiro(a); ☐ Num relacionamento sem coabitação; ☐ Num relacionamento com coabitação (não inclui casamento);
☐ Casado(a); ☐ Divorciado(a); ☐ Viúvo(a); ☐ Outro, qual?

Há quantos anos trabalha como médico generalista/especialista em medicina geral e familiar: _____ anos

Neste momento encontra-se a trabalhar numa: ☐ Grande cidade; ☐ Cidade;
☐ Vila; ☐ Aldeia;

A que ARS/SRS pertence: _____

Endereço de E-mail: _____

(Acesso através do link: <https://forms.gle/SrdpeFaQQgSPt6TE7>)

Apêndice 4 – Guião da entrevista

Guião de Entrevista

As perguntas que se seguem servem para guiar o entrevistador durante a entrevista semiestruturada. Não é estritamente necessário que seja seguida a ordem aqui apresentada, podendo o entrevistador reformular as suas questões de forma a criar um seguimento lógico com as respostas obtidas.

- 1. Na sua opinião, o que define violência doméstica?**
 - diferentes tipos de violência - psicológica, física, sexual;
 - Pessoas envolvidas – entre casais, no namoro, outros integrantes do agregado familiar
 - Referência a criminalidade

- 2. O que pensa sobre a obrigatoriedade de denúncia de casos de violência doméstica às autoridades?**
 - Para a população geral
 - Para os médicos

- 3. Na sua experiência profissional, alguma vez algum doente seu, lhe disse ser vítima de violência doméstica?**
(Caso não tenha tido experiência direta com estes casos teve conhecimento de algum?)
 - 3.1. O que fez nessa situação? / O que foi feito nessa situação?**
 - 3.2. Que dificuldades encontrou? / Relataram-lhe alguma dificuldade?**
 - 3.3. Se fosse hoje de que forma procederia? / Se fosse você nessa posição como procederia?**

- 4. Na sua opinião, de que forma pode a intervenção do médico de família causar impacto na vida da vítima?**
 - estado de saúde
 - qualidade de vida
 - recorrência de episódios de violência
 - segurança da vítima

- 5. Que fatores o poderiam incentivar a prestar uma denúncia às autoridades?**

- 6. Que fatores o poderiam dificultar a prestar uma denúncia às autoridades?**

Apêndice 5 - Lista de apresentações do estudo em eventos nacionais e internacionais

1. Apresentação sobre a forma de poster no Encontro de Investigação Jovem da Universidade do Porto (IJUP), no dia 14 de fevereiro de 2019. Título do poster: *“Investigation Proposition: Barriers and facilitators of the notification by General Practitioner Doctors of cases of Domestic Violence”*.
2. Apresentação oral no 19^o World Psychiatric Association World Congress of Psychiatry, no dia 23 de agosto de 2019. Título da apresentação: *“Barriers and facilitators of the notification by General Practitioner Doctors of cases of Domestic Violence (protocol testing)”*.
3. Apresentação oral no Encontro IJUP, a 7 de maio de 2021. Título da apresentação: *“Health care professionals and the identification of intimate partner violence – new challenges during the Covid-19 pandemic”*. Esta apresentação foi distinguida entre as comunicações orais na área de ciências da saúde.
4. Apresentação sobre a forma de poster nas 25^a Jornadas Nacionais Patient Care, no dia 7 de agosto de 2021. Título do poster: *“Barreiras e Facilitadores de Denúncia por parte dos Médicos de Família de episódios de Violência Doméstica – Resultados Preliminares”*.
5. Apresentação oral na 2^o European University Alliance for Global Health Annual Student Research Conference, a 30 de setembro de 2021. Título da apresentação: *“Mandatory reporting of domestic violence during the Covid-19 pandemic”*.
6. Seminário no Mestrado de Medicina Legal, no dia 31 de março de 2022, com a apresentação deste projeto aos restantes alunos.
7. Apresentação oral no Encontro IJUP, a 5 de maio de 2022. Título da apresentação: *“Barriers and facilitators of the notification by general practitioner Doctors of cases of domestic violence”*.

8. Apresentação oral na Cerimónia de entrega do Prémio João Monjardino 2021, a 28 de abril de 2022. Título da apresentação e do artigo vencedor: *“The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence”*.

Apêndice 6 - COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	16
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	16
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	16
Gender	4	Was the researcher male or female?	15
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	16
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	16
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	15
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	N/A
Domain 2: Study design			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	16
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	15
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	15-16
Sample size	12	How many participants were in the study?	19
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	19
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	19
Presence of non-participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	19
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	20
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	73-74
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	16
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	N/A
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	19
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	15
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
Domain 3: analysis and findings			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	16
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	21; 30
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	17
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	16
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	21-45
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	51
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	53-56
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	21-46

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.

Bibliografia

1. Matud, M.P., *Dating violence and domestic violence*. Journal of Adolescent Health, 2007. **40**: p. 295-297.
2. Heise, L. and C. Garcia-Moreno, *Violence by intimate partners*. World Report on Violence and Health, 2002: p. 87-121.
3. Torpy, J.M., C. Lynm, and R.M. Glass, *Intimate Partner Violence*. JAMA, 2010. **304**(5): p. 596-596.
4. McCloskey, L.A., et al., *Abused women disclose partner interference with health care: an unrecognized form of battering*. J Gen Intern Med, 2007. **22**(8): p. 1067-72.
5. McFarlane, J., et al., *Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes*. Obstet Gynecol, 2005. **105**(1): p. 99-108.
6. World Health Organization., *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women : initial results on prevalence, health outcomes and women's responses / authors: Claudia Garcia-Moreno ... [et al.]*. 2005, World Health Organization: Geneva.
7. *Intimate partner violence in the United States -- 2010*, P. National Center for Injury and P. Control . Division of Violence, Editors. 2014: Atlanta, GA.
8. Sugg, N., *Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention*. Med Clin North Am, 2015. **99**(3): p. 629-49.
9. Morse, B.J., *Beyond the Conflict Tactics Scale: Assessing gender differences in partner violence*. Violence and Victims, 1995. **10**: p. 251-272.
10. Pearse, W.H., *The Commonwealth Fund Women's Health Survey: selected results and comments*. Womens Health Issues, 1994. **4**(1): p. 38-47.
11. Assunção, B.M.d., *Violência doméstica é o crime mais cometido em Portugal*, in *CNN Portugal*. 2022.
12. Comissão para a cidadania e igualdade de género. *Portal da Violência Doméstica*. 2022 06/10/2022]; Available from: <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/indicadores-estatisticos/#title1>.
13. APAV, *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2021*. 2021.
14. Hyman, A., D. Schillinger, and B. Lo, *Laws mandating reporting of domestic violence. Do they promote patient well-being?* Jama, 1995. **273**(22): p. 1781-7.
15. Short, L.M., et al., *Survivors' Identification of Protective Factors and Early Warning Signs for Intimate Partner Violence*. Violence Against Women, 2000. **6**(3): p. 272-285.
16. Entilli, L. and S. Cipolletta, *When the woman gets violent: the construction of domestic abuse experience from heterosexual men's perspective*. J Clin Nurs, 2017. **26**(15-16): p. 2328-2341.
17. Rose, D., et al., *Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study*. Br J Psychiatry, 2011. **198**(3): p. 189-94.
18. Misnistério Público. *Perguntas frequentes - O que é um crime público?* . 06/10/2022]; Available from: <https://www.pgporto.pt/proc-web/fag.jsf?ctxId=85&subCtxId=86&faqId=432&show&offset>.
19. *Mandatory reporting of domestic violence*. ACOG Committee Opinion No. 200. ACOG Comm Opin, 1998. **No. 200**: p. 3 p.
20. Glass, N. and J.C. Campbell, *Mandatory reporting of intimate partner violence by health care professionals: A policy review*. Nursing Outlook, 1998. **46**(6): p. 279-283.

21. Dowrick, A., M. Kelly, and G. Feder, *Boundary spanners: Negotiating connections across primary care and domestic violence and abuse services*. Soc Sci Med, 2020. **245**: p. 112687.
22. Rodriguez, M.A., et al., *Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence. Implications for health care professionals*. West J Med, 1998. **169**(6): p. 337-41.
23. Carrell, S.E. and M. Hoekstra, *Family Business or Social Problem? The Cost of Unreported Domestic Violence*. Journal of Policy Analysis and Management, 2012. **31**(4): p. 861-875.
24. Vatnar, S.K.B., K. Leer-Salvesen, and S. Bjørkly, *Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: A Mixed Methods Systematic Review*. Trauma Violence Abuse, 2021. **22**(4): p. 635-655.
25. Rodríguez, M.A., et al., *Mandatory reporting of domestic violence injuries to the police: what do emergency department patients think?* Jama, 2001. **286**(5): p. 580-3.
26. Sachs, C.J., et al., *A population-based survey assessing support for mandatory domestic violence reporting by health care personnel*. Women Health, 2002. **35**(2-3): p. 121-33.
27. Glass, N., S. Dearwater, and J. Campbell, *Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments*. J Emerg Nurs, 2001. **27**(2): p. 141-9.
28. Houry, D., et al., *Mandatory reporting laws do not deter patients from seeking medical care*. Ann Emerg Med, 1999. **34**(3): p. 336-41.
29. Hayden, S.R., E.D. Barton, and M. Hayden, *Domestic violence in the emergency department: How do women prefer to disclose and discuss the issues?* The Journal of Emergency Medicine, 1997. **15**(4): p. 447-451.
30. Malecha, A., et al., *Mandatory Reporting of Intimate Partner Violence: Safety or Retaliatory Abuse for Women?* Journal of women's health & gender-based medicine, 2000. **9**: p. 75-8.
31. Gielen, A.C., et al., *Women's opinions about domestic violence screening and mandatory reporting*. Am J Prev Med, 2000. **19**(4): p. 279-85.
32. Reynaldós, B., et al., *Analysis of the information in mandatory reporting in victims of gender violence*. J Public Health Res, 2018. **7**(3): p. 1443.
33. Cho, O.H., K.S. Cha, and Y.S. Yoo, *Awareness and Attitudes Towards Violence and Abuse among Emergency Nurses*. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci), 2015. **9**(3): p. 213-8.
34. Koziol-McLain, J. and J.C. Campbell, *Universal screening and mandatory reporting: an update on two important issues for victims/survivors of intimate partner violence*. J Emerg Nurs, 2001. **27**(6): p. 602-6.
35. Rodríguez, M.A., W.R. Sheldon, and N. Rao, *Abused patient's attitudes about mandatory reporting of intimate partner abuse injuries to police*. Women Health, 2002. **35**(2-3): p. 135-47.
36. Sachs, C.J., et al., *A population-based survey assessing support for mandatory domestic violence reporting by health care personnel*. Women & health, 2002. **35**(2-3): p. 121-33.
37. Sachs, C.J., et al., *Failure of the mandatory domestic violence reporting law to increase medical facility referral to police*. Ann Emerg Med, 1998. **31**(4): p. 488-94.
38. Bonomi, A.E., et al., *Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence*. Arch Intern Med, 2009. **169**(18): p. 1692-7.
39. Leserman, J., et al., *Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status*. Psychosom Med, 1996. **58**(1): p. 4-15.

40. Follette, V.M., et al., *Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse*. J Trauma Stress, 1996. **9**(1): p. 25-35.
41. Koss, M.P., W.J. Woodruff, and P.G. Koss, *Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage*. Behav Sci Law, 1991. **9**(1): p. 85-96.
42. McLaughlin, S.A., et al., *Comparison of intimate partner violence reporting between an emergency department and a clinic setting*. Acad Emerg Med, 1999. **6**(12): p. 1292-5.
43. Rodríguez, M.A., et al., *The factors associated with disclosure of intimate partner abuse to clinicians*. J Fam Pract, 2001. **50**(4): p. 338-44.
44. Webster, J., S.M. Stratigos, and K.M. Grimes, *Women's responses to screening for domestic violence in a health-care setting*. Midwifery, 2001. **17**(4): p. 289-94.
45. Hegarty, K. and L. Tarzia, *Identification and Management of Domestic and Sexual Violence in Primary Care in the #MeToo Era: an Update*. Curr Psychiatry Rep, 2019. **21**(2): p. 12.
46. Nyame, S., et al., *A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence*. J Ment Health, 2013. **22**(6): p. 536-43.
47. Dowrick, M.A., et al., *Domestic violence: Safe and compassionate consultations*. InnovAiT, 2018. **11**(4): p. 218-225.
48. Jaffee, K.D., et al., *Physician-identified barriers to intimate partner violence screening*. J Womens Health (Larchmt), 2005. **14**(8): p. 713-20.
49. Sprague, S., et al., *Barriers to screening for intimate partner violence*. Women Health, 2012. **52**(6): p. 587-605.
50. Wadman, M.C. and R.L. Muelleman, *Domestic violence homicides: ED use before victimization*. Am J Emerg Med, 1999. **17**(7): p. 689-91.
51. Feder, G., et al., *Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial*. Lancet, 2011. **378**(9805): p. 1788-95.
52. Sohal, A.H., et al., *Improving the healthcare response to domestic violence and abuse in primary care: protocol for a mixed method evaluation of the implementation of a complex intervention*. BMC Public Health, 2018. **18**(1): p. 971.
53. Direção Geral de Saúde, *Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde* 2014.
54. Hennink, M. and B.N. Kaiser, *Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests*. Social Science & Medicine, 2022. **292**: p. 114523.
55. Virginia Braun, V.C., *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. 2013.
56. Rodriguez, M.A., et al., *Mandatory reporting of intimate partner violence to police: views of physicians in California*. Am J Public Health, 1999. **89**(4): p. 575-8.
57. Ruijne, R.E., et al., *Mental health professionals' knowledge, skills and attitudes on domestic violence and abuse in the Netherlands: cross-sectional study*. BJPsych Open, 2019. **5**(2): p. e29.
58. Mandadi, A.R., et al., *A national survey of pediatric emergency medicine physicians on improving education in child maltreatment recognition and reporting child abuse & neglect*. Child Abuse Negl, 2021. **122**: p. 105324.
59. Tilden, V.P., et al., *Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence*. Am J Public Health, 1994. **84**(4): p. 628-33.
60. Drinkwater, J., et al., *Juggling confidentiality and safety: a qualitative study of how general practice clinicians document domestic violence in families with children*. Br J Gen Pract, 2017. **67**(659): p. e437-e444.

61. Taskiran, A.C., A. Ozsahin, and T. Edirne, *Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey*. Prim Health Care Res Dev, 2019. **20**: p. e96.
62. Kuruppu, J., K. Forsdike, and K. Hegarty, *'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice*. Australian Journal for General Practitioners, 2018. **47**: p. 729-733.
63. Kimber, M., et al., *Mandatory reporting of child maltreatment when delivering family-based treatment for eating disorders: A framework analysis of practitioner experiences*. Child Abuse Negl, 2019. **88**: p. 118-128.
64. McTavish, J.R., et al., *Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies*. BMJ Open, 2017. **7**(10): p. e013942.
65. Mears, D.P., et al., *Reducing Domestic Violence Revictimization: The Effects of Individual and Contextual Factors and Type of Legal Intervention*. Journal of Interpersonal Violence, 2001. **16**(12): p. 1260-1283.
66. Rosen, T., et al., *Emergency Medical Services Perspectives on Identifying and Reporting Victims of Elder Abuse, Neglect, and Self-Neglect*. J Emerg Med, 2017. **53**(4): p. 573-582.