



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA
AMÁBILY SILVA SANTANA

**CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ATENDIMENTO DE
CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA MULHER:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.**

GOIÂNIA-GO

2025

AMÁBILY SILVA SANTANA

**CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ATENDIMENTO
DE CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA
MULHER: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.**

Artigo elaborado para fins de avaliação na disciplina: Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC Goiás.

Orientadora: Prof.^a Me. Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz.

GOIÂNIA

2025

SUMÁRIO

Sumário

INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA.....	7
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS	19
ARTIGOS.....	25

Capacitação dos profissionais da saúde no atendimento de casos de violência doméstica e familiar contra mulher: revisão integrativa da literatura.

Training of health professionals in dealing with cases of domestic and family violence against women: integrative literature review.

Amábily Silva Santana¹, Ms. Cristiane Leal de Moraes e Silva Ferraz²

¹ Discente do curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

² Mestra em Ciências Ambientais e Saúde pela Universidade Católica de Goiás, Docente e Pesquisadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Endereço para correspondência:

Avenida Nossa Senhora das Graças, Q.25,LT.17, Residencial Monte Pascoal. Goiânia – Goiás
CEP: 74494400

E-mail: amabilysantana1@gmail.com Telefone: (62) 994157530

RESUMO

Objetivo: Avaliar, o nível de capacitação do profissional da saúde para identificação e atendimento de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Métodos: Revisão integrativa da literatura. A busca foi conduzida no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PubMed. Os descritores utilizados foram *intimate partner violence AND health professional AND health supporter*. **Resultados:** os artigos científicos selecionados evidenciaram, em sua maioria, o precário conhecimento dos profissionais da saúde a respeito da violência doméstica e familiar contra a mulher. Diante disso, é evidente a necessidade de se implementar medidas que conscientizem os profissionais sobre as medidas que devem ser tomadas diante de casos de violência e a forma de abordar o tema e reconhecer mulheres que vivem em situação de violência doméstica e familiar.

Conclusão: Faz-se necessária a implementação de programas de capacitação aos profissionais da saúde para efetiva identificação e atendimento de casos de mulheres em situação de violência doméstica.

Palavras chaves: Violência por parceiro íntimo; Mulher; Profissional da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To assess, the level of training of health professionals to identify and treat cases of domestic and family violence against women.

Methods: Integrative literature review. The search was conducted on the Regional Portal of the Virtual Health Library (BVS) and PubMed. The descriptors used were *violence/intimate partner violence, health professional/health professional, health support/health support*.

Results: The majority of the selected scientific articles showed the poor knowledge of health professionals regarding domestic and family violence against women. In view of this, it is clear that there is a need to implement measures to raise awareness among professionals about the measures that should be taken in cases of violence and how to approach the issue and consider women who live in situations of domestic and family violence. **Conclusion:** It is necessary to implement training programs for health professionals to effectively identify and treat cases of women in situations of domestic violence.

Keywords: Intimate partner violence; Woman; Health Professional.

INTRODUÇÃO

A lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) determina que a violência doméstica contra a mulher é crime e aponta as formas de evitar, enfrentar e punir a agressão. Além disso, estabelece a responsabilidade dos órgãos públicos de ajudarem as mulheres que vivem em situação de violência (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2020).

Nota-se uma crescente no número de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher. Segundo o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, os indicadores de violência doméstica cresceram, sendo mais de 200.000 casos de agressão, mais de 600.000 casos de ameaça, além do grande aumento no número de acionamentos à polícia, foram registradas 102 chamadas por hora, totalizando 899.485 ligações. Esses números representam o ano de 2023 que também registram aumento nos casos de feminicídio, subindo para 1.437 o número de vítimas. Nesses casos foram registrados que 53,6% desses crimes foram cometidos por parceiros íntimos, 19,4% ex-parceiros e 10,7% familiares (Fórum Brasileiro de Segurança Pública 2023).

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, a violência doméstica contra a mulher trata-se da violência que mata, agride ou lesa a mulher. Qualquer pessoa, inclusive outra mulher pode cometer esse crime caso tenha uma relação familiar ou afetiva com a vítima. Sendo assim, os agressores na maioria das vezes vivem na mesma casa que a vítima, podendo incluir marido, companheiro, tio, filho, irmã e demais pessoas que possuem algum grau de parentesco (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2020).

A Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) traz em um rol exemplificativo os tipos de violência que podem ser cometidos contra a mulher, são eles: violência física, entendida como qualquer ação que ofenda a saúde corporal da mulher (espancamento, lesões, apertos, ferimentos causados por arma de fogo, entre outros). Violência psicológica é considerada qualquer conduta que cause diminuição da autoestima e dano emocional, prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher (ameaças, constrangimento, manipulação, insultos, etc.) Violência sexual, se trata de conduta que a constranja a manter relação sexual não desejada (estupro, forçar matrimônio ou gravidez por meio de chantagens...) Violência patrimonial que é entendida como qualquer ação que configure retenção, subtração parcial ou total de seus objetos, documentos, instrumento de trabalho, bens e recursos econômicos (furto, controlar o dinheiro, privar de bens ou recursos econômicos, entre outros). Por último,

violência moral que consiste nas condutas que configuram calúnia, difamação ou injúria.

As mulheres em situação de violência precisam de uma rede de apoio capacitada que as orientem de forma adequada e os profissionais da saúde fazem parte dessa rede, uma vez que, são na maioria dos casos os primeiros a receberem mulheres nessa situação. Diante disso, os profissionais da saúde devem estar cientes de que essas pacientes apresentam sintomas visíveis de depressão, ansiedade e problemas de saúde mental, assim como, doenças físicas cuja base é o estresse, e cujos sinais são indicativos de alerta para identificar violência doméstica (Ferrari, et al, 2016; García-Moreno, et al. 2015)

Garantir capacitação aos trabalhadores da saúde para lidar com mulheres em situação de violência é dever do Estado e perpassa pela estruturação adequada dos serviços de atendimento, bem como, seu adequado financiamento (Miranda; Lange, 2020).

Diante disso, o estabelecimento de medidas que ajudem na identificação de mulheres em situação de violência, no seu acompanhamento e no encaminhamento para profissionais e/ou órgãos especializados deve ser uma prática constante nos serviços de saúde e dependem diretamente da capacitação dos profissionais da saúde. Sendo assim, o presente estudo busca verificar o grau de capacitação dos profissionais da saúde para a identificação e atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que consiste na construção de análise ampla de estudos, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de pesquisas sobre o tema. Este método permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudo e à facilitação na tomada de decisão com relação às intervenções que podem resultar no cuidado mais efetivo.

A busca pelos artigos foi conduzida na base de dados United States National Library of Medicine (PubMed) e na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de Fevereiro a Junho de 2024 nos idiomas português e inglês. Os descritores utilizados foram: *intimate partner violence AND health professional AND health supporter*. Os artigos foram selecionados e analisados por meio de um instrumento para coletar dados elaborado pelas pesquisadoras.

De acordo com as normas da revisão integrativa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: (a) artigos que analisaram a capacitação dos profissionais da saúde na identificação e atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar; (b) artigos em português e inglês. Os critérios de exclusão foram: (a) artigos que não apresentam como tema principal violência doméstica contra a mulher; (b) artigos que não abordem os profissionais da saúde como parte da rede de apoio às mulheres em situação de violência doméstica; (c) artigos duplicados; (d) teses e dissertações.

O processo de elaboração da revisão integrativa teve como base a definição de um problema e a formulação de uma questão de pesquisa que apresenta relevância para a saúde. Nesta pesquisa a pergunta que irá direcionar a revisão é: Qual o grau de capacitação dos profissionais da saúde para a identificação e atendimento de mulheres em situação de violência doméstica e familiar?

A segunda fase, após a escolha do tema e a formulação da questão de pesquisa, se iniciou com a busca de publicações na base de dados PubMed e na plataforma BVS, para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. A determinação dos critérios foi realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse. Além disso, realizou-se uma busca manual em periódicos e nas referências descritas nos estudos relacionados.

A terceira etapa constituiu na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, utilizando um quadro para reunir e sintetizar as informações-chave, como autores, ano, local de publicação, título, objetivos, métodos e resultados.

A quarta etapa contemplou a análise crítica dos estudos selecionados, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes estudos. Trata-se de um momento que demanda uma abordagem organizada para avaliar de forma crítica cada estudo e as suas características, analisando a validade do método de cada um e de seus resultados.

A quinta fase compreendeu-se na interpretação e discussão dos resultados da pesquisa, comparando os dados obtidos com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

A sexta fase é a apresentação da revisão, com informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Os modos de visualização podem ser expressos em tabelas, gráficos ou quadros, nos quais será possível a

comparação entre todos os estudos selecionados e, logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral.

Buscando apresentar as etapas do processo metodológico de maneira didática, foram disponibilizados um quadro e um fluxograma, nos quais é possível a compreensão do caminho metodológico percorrido (Quadro 1 e Figura 1). Da mesma forma, foi organizado um quadro com os resultados que permite a comparação entre todos os estudos selecionados e, logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral (Quadro 2).

Quadro 1 Combinação dos descritores, total de títulos e seleção final.

Bases de Dados	Descritores	Total de Títulos	Seleção Final
BVS	Violência doméstica, profissional da saúde, serviço de saúde	33	1
PUBMED	<i>Intimate partner violence AND health professional AND health service AND domestic violence</i>	75	3
TOTAL			4

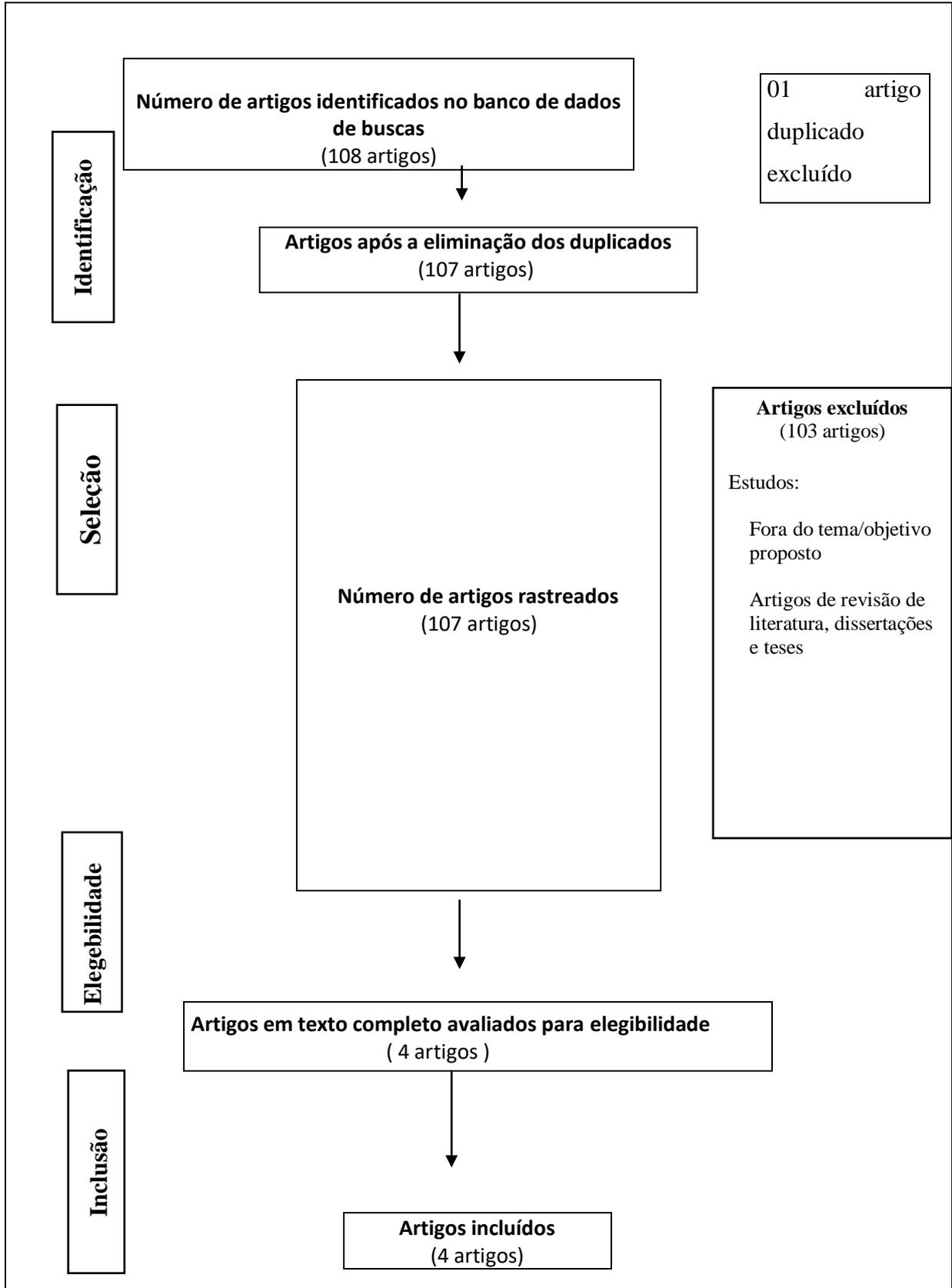


Figura 1. Representação do fluxo de informação com as diferentes fases da revisão integrativa.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por quatro artigos, publicados em inglês e português. O Quadro 2 apresenta a descrição dos artigos com suas respectivas referências, métodos e instrumentos utilizados, e os resultados.

Os estudos avaliaram o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da violência doméstica e familiar contra a mulher, seus tipos e formas de identificar mulheres que vivenciam a violência doméstica e familiar. As avaliações foram realizadas através de questionários que abordaram assuntos específicos e autoavaliação sobre o conhecimento do profissional.

As pesquisas incluíram diferentes perfis de profissionais da saúde como médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros. Um ponto importante a destacar é que, a maioria dos estudos não apresentou qualquer proposta educativa para os profissionais que participaram do estudo, seja antes ou após a realização do estudo.

Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados de acordo com autores, ano, métodos, instrumentos de avaliação e resultados.

Nº	Autor/Ano	MÉTODOS	RESULTADOS																							
1	RENNER, Lynette M. et al. 2021	<p>Pesquisa on-line anônima para coletar informações autorrelatadas sobre preparação, conhecimento, opiniões e práticas em torno da VPI. As análises de dados consistiram em análises univariadas, bivariadas e multivariadas.</p> <p>PERFIL DOS PARTICIPANTES:</p> <p>Médicos (70) / 44,9% mulheres Enfermeiros (107) / 93,5% mulheres Assistente social e Psicólogo (27) / 85,2% mulheres.</p> <p>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO:</p> <p>Instrumento de avaliação aplicado para avaliar os seguintes quesitos dos participantes: preparação para o atendimento de mulheres em situação de violência; grau de informação/conhecimento; e, opiniões e práticas. 12 itens que avaliam quão bem os participantes acreditam que estão preparados para trabalhar com mulheres submetidas à VPI. Cada item foi avaliado em uma escala de 7 pontos que varia de 1 (não preparado) a 7 (muito bem preparado).</p>	<p>Quão preparados os participantes se sentes nas seguintes questões: nota 1: não preparado/ nota 7: muito bem preparado</p> <table border="1" data-bbox="1503 572 2175 1426"> <thead> <tr> <th data-bbox="1503 572 1619 732"></th> <th data-bbox="1619 572 1805 732">Médicos</th> <th data-bbox="1805 572 1991 732">Enfermeiros</th> <th colspan="2" data-bbox="1991 572 2175 732">Assistente Social e Psicólogo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1503 732 1619 1007">Fazer perguntas apropriadas sobre VPI</td> <td data-bbox="1619 732 1805 1007">3.03</td> <td data-bbox="1805 732 1991 1007">3.39</td> <td colspan="2" data-bbox="1991 732 2175 1007">5.08</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1503 1007 1619 1281">Responder adequadamente e às denúncias de abuso</td> <td data-bbox="1619 1007 1805 1281">3.44</td> <td data-bbox="1805 1007 1991 1281">3.70</td> <td colspan="2" data-bbox="1991 1007 2175 1281">5.44</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1503 1281 1619 1426">Identificar indicadores de</td> <td data-bbox="1619 1281 1805 1426">3.26</td> <td data-bbox="1805 1281 1991 1426">3.36</td> <td colspan="2" data-bbox="1991 1281 2175 1426">4.63</td> </tr> </tbody> </table>					Médicos	Enfermeiros	Assistente Social e Psicólogo		Fazer perguntas apropriadas sobre VPI	3.03	3.39	5.08		Responder adequadamente e às denúncias de abuso	3.44	3.70	5.44		Identificar indicadores de	3.26	3.36	4.63	
							Médicos	Enfermeiros	Assistente Social e Psicólogo																	
	Fazer perguntas apropriadas sobre VPI						3.03	3.39	5.08																	
	Responder adequadamente e às denúncias de abuso						3.44	3.70	5.44																	
Identificar indicadores de	3.26	3.36	4.63																							
Tipo de estudo	Ensaio clínico																									
Nº de participantes e idade	<p>Os entrevistados ($N = 204$) consistiam em provedores médicos ($n = 70$), equipe de enfermagem ($n = 107$) e provedores de saúde social/comportamental ($n = 27$).</p> <p>Com idade média entre 41,87 (+- 12,27) e 47,14 (+- 12,05)</p>																									
OBJETIVO DO ESTUDO:	<p>Avaliar a preparação, o conhecimento, as opiniões e as práticas de Violência por parceiro íntimo (VPI) dos provedores de saúde e examinar as diferenças entre três tipos de provedores de saúde (provedores médicos, equipe de enfermagem e provedores de saúde social/comportamental).</p>																									

			VPI com base no histórico e exame físico			
			Ajudar a criar um plano de segurança	2.04	2.47	4.89
			Documentar o histórico de VPI no prontuário da paciente	2.80	2.74	4.48

Nº	Autor/Ano	Métodos	Resultados	
2	EVANS, Dabney P. et al	<p>Os provedores foram questionados sobre suas práticas e atitudes gerais. A orientação da OMS para conduzir pesquisas sobre VCM foi usada durante todo o projeto para minimizar o risco potencial para mulheres, profissionais de saúde e pesquisadores.</p> <p>PERFIL DOS PARTICIPANTES: Entrevistados eram 75% mulheres. A maioria dos indivíduos fornecia atendimento direto a mulheres (78%, n=88); 18% (n=20) dos indivíduos indicaram uma função administrativa ou gerencial além de sua função de atendimento direto.</p> <p>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: Foram adaptados os instrumentos de pesquisa para se concentrarem exclusivamente na VPI. Foram definidos três tipos de VPI, de acordo com as categorias da OMS: física, sexual e psicológica. Além de perguntas sobre conhecimento e atitudes relacionadas à VPI, também foram coletadas informações sobre a prontidão dos profissionais de saúde para apoiar o rastreamento e a resposta a VPI.</p>	Se sentem confortáveis perguntando sobre VPI	57%
	Tipo de estudo		Perguntam como uma questão prática de rotina	56%
	Ensaio clínico		Relataram pouca oportunidade de interação individual	78%
	<p>Nº de participantes e idade 114 prestadores de cuidados à saúde:</p> <p>Agentes comunitários da saúde (29) Gerente (20) Médicos (17) Auxiliar de enfermagem (17) Enfermeiros(16) Outra ocupação (15)</p> <p>Com idade média de 40 anos.</p> <p>OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste estudo foi identificar as barreiras estruturais e interpessoais à resposta à VPI entre HCPs que trabalham em clínicas de saúde pública em Santo André, Brasil.</p>		Medo de ofender as mulheres	71%

Nº	Autor/Ano	Métodos	Resultados																																				
3	MCCARTHY, Jessica; BIANCHI, Ann. 2020	<p>Uma sessão educacional do programa de triagem de IPV de 2 horas foi conduzida para os provedores de clínicas de saúde da universidade. A apresentação em PowerPoint com uma narração da sessão educacional foi criada e postada no YouTube para referência e uso posteriores pelos funcionários da clínica de saúde.</p> <p>PERFIL DOS PARTICIPANTES: Os cargos de emprego dos participantes eram principalmente enfermeiros BSN (BSN (Bachelor of Science in Nursing) é o título de um enfermeiro de nível superior nos Estados Unidos) (36,4%) ou enfermeiros (27,3%). A média de anos de trabalho dos participantes na área da saúde foi de 24,27 (8,28) anos. A faixa de experiência de trabalho em saúde dos participantes foi de 8 a 35 anos.</p> <p>INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO: Escala de Pesquisa de Prestadores de Cuidados de Saúde de Violência Doméstica (DVHPSS): ferramenta auto relatada que mede as atitudes, crenças e autoeficácia associadas à detecção e ao gerenciamento da violência doméstica. É composta de seis domínios: autoeficácia percebida (7 itens), suporte ao sistema (4 itens), culpar a vítima (7 itens), resistência ao papel profissional/medo de ofender o paciente (7 itens), segurança da vítima/provedor (10 itens) e frequência de investigação sobre violência doméstica (7 itens). O DVHPSS usou uma escala Likert de cinco pontos, em que pontuações mais altas indicaram maior conhecimento, atitudes melhoradas e autoeficácia. As pontuações no DVHPSS variaram de 58 a 194,21.</p>	<p style="text-align: center;">DVHPSS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Pré avaliação</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">97,63 (9,99)</td> </tr> <tr> <td>Pós avaliação</td> <td colspan="2" style="text-align: right;">139,72 (10,63)</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">PRÉ AVALIAÇÃO - 97,63 (9,99)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">M</th> <th style="text-align: center;">DP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autoeficácia</td> <td style="text-align: center;">22,63</td> <td style="text-align: center;">3,04</td> </tr> <tr> <td>Apoiar</td> <td style="text-align: center;">14,09</td> <td style="text-align: center;">2,02</td> </tr> <tr> <td>Culpa</td> <td style="text-align: center;">14,45</td> <td style="text-align: center;">5,31</td> </tr> <tr> <td>Papel</td> <td style="text-align: center;">16,45</td> <td style="text-align: center;">4,50</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">PÓS AVALIAÇÃO - 139,72 (10,63)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">M</th> <th style="text-align: center;">DP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Autoeficácia</td> <td style="text-align: center;">28,00</td> <td style="text-align: center;">2,09</td> </tr> <tr> <td>Apoiar</td> <td style="text-align: center;">16,81</td> <td style="text-align: center;">0,75</td> </tr> <tr> <td>Culpa</td> <td style="text-align: center;">21,63</td> <td style="text-align: center;">4,43</td> </tr> <tr> <td>Papel</td> <td style="text-align: center;">19,09</td> <td style="text-align: center;">3,91</td> </tr> </tbody> </table>	Pré avaliação	97,63 (9,99)		Pós avaliação	139,72 (10,63)			M	DP	Autoeficácia	22,63	3,04	Apoiar	14,09	2,02	Culpa	14,45	5,31	Papel	16,45	4,50		M	DP	Autoeficácia	28,00	2,09	Apoiar	16,81	0,75	Culpa	21,63	4,43	Papel	19,09	3,91
	Pré avaliação			97,63 (9,99)																																			
	Pós avaliação			139,72 (10,63)																																			
				M	DP																																		
Autoeficácia	22,63	3,04																																					
Apoiar	14,09	2,02																																					
Culpa	14,45	5,31																																					
Papel	16,45	4,50																																					
	M	DP																																					
Autoeficácia	28,00	2,09																																					
Apoiar	16,81	0,75																																					
Culpa	21,63	4,43																																					
Papel	19,09	3,91																																					
Tipo de estudo																																							
Ensaio clínico																																							
Nº de participantes e idade																																							

Nº	Autor/Ano	Métodos	Resultados	
4	Süreyya Gümüşsoy et al. (2021)	O 'Formulário de Informações Pessoais', a 'Escala de Atitudes em Relação à Violência contra as Mulheres' (ATVAWS) e a 'Escala de Reconhecimento de Sinais de Violência contra as Mulheres pela Equipe de Saúde' (HPRSVAWS) foram usados para coleta de dados	ATVAWS	46,68 ± 6,92
	Tipo de estudo Ensaio clínico		HPRSVAWS	20,31 ± 3,23
	<p data-bbox="309 651 680 683">Nº de participantes e idade</p> <p data-bbox="232 719 752 799">Este estudo foi conduzido em 1023 paramédicos e técnicos de medicina de emergência.</p> <p data-bbox="232 804 752 858">A idade média dos participantes 20–47 anos de idade.</p> <p data-bbox="232 890 546 916">OBJETIVO DO ESTUDO:</p> <p data-bbox="232 920 752 1086">O estudo busca entender como a equipe de saúde dos serviços de emergência pré-hospitalar vê e entende a violência contra a mulher, e se eles tomam consciência dessa forma de violência com base nas atitudes e no conhecimento que têm sobre o tema.</p>	<p data-bbox="779 544 1133 569">PERFIL DOS PARTICIPANTES:</p> <p data-bbox="779 569 1480 659">Paramédicos e técnicos de medicina de emergência que trabalham no ambiente de saúde de emergência pré-hospitalar e são membros da Paramedic and Pre-hospital Emer-gency Medicine Association.</p> <p data-bbox="779 699 1162 724">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO:</p> <p data-bbox="779 729 1480 978">ATWVS - Escala de atitudes em relação à violência contra as mulheres: A escala consiste em 4 subescalas e 19 itens. A subescala de violência econômica inclui 7 itens, a subescala de violência emocional, psicológica e sexual contém 6 itens, e as subescalas de mitos legitimadores e mitos explicativos têm 3 itens cada. As respostas são avaliadas em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), sendo que 6 itens têm classificação reversa. Pontuação máxima 80 pontos.</p> <p data-bbox="779 1018 1480 1201">HPRSVAWS - Escala de Reconhecimento de Sinais de Violência contra as Mulheres pela Equipe de Saúde: A escala possui 31 ítems, as pontuações máxima e mínima possíveis da escala são 31 e 0, respectivamente (subescala física: 13 e 0, respectivamente; subescala emocional: 18 e 0, respectivamente). Quanto maior a pontuação, maior o nível de conhecimento.</p>	<p data-bbox="1507 539 2152 593">O que indica que seu nível de conhecimento sobre violência doméstica é baixo.</p>	

DISCUSSÃO

Os quatro estudos que foram analisados trabalharam diferentes populações de profissionais que atuam na área da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, agentes de saúde social e comunitária, auxiliares de enfermagem, paramédicos e técnicos de medicina de emergência. Os estudos escolheram os profissionais de saúde porque eles estão em contato direto com possíveis vítimas de violência por parceiro íntimo (IPV). Conforme destacado por Schraiber et al. (2023), a capacitação desses profissionais é essencial para que possam identificar sinais de violência, acolher as vítimas de forma humanizada e encaminhá-las adequadamente para os serviços especializados.

Diante disso, a ausência de preparo pode resultar na revitimização dessas mulheres e na perpetuação do ciclo de violência, tornando-se imprescindível o fortalecimento da rede de proteção e assistência. Como médicos, enfermeiros e assistentes sociais lidam diariamente com pacientes que podem estar vivendo esse tipo de situação, eles acabam sendo peças-chave para identificar sinais e encaminhar essas pessoas para apoio.

Além disso, existem diretrizes internacionais, como as da Organização Mundial da Saúde, que recomendam que esses profissionais façam perguntas sobre violência durante o atendimento, bem como, o preenchimento de notificações que alimentam os dados estatísticos e, portanto, auxiliam na elaboração de políticas públicas reforçando a importância deles nesse processo (Ministério da Saúde, 2023).

As avaliações dos profissionais da saúde foram realizadas através de questionários e autoavaliação. Os estudos utilizaram questionários sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher e um deles também questionou o comportamento do profissional diante de casos de VPI (violência por parceiro íntimo) e autoavaliação a respeito do conhecimento do profissional sobre o tema. Os instrumentos de avaliação utilizados para mensurar a resposta dos profissionais de saúde à violência por parceiro íntimo (IPV) variam entre questionários estruturados e entrevistas qualitativas.

O Domestic Violence Healthcare Provider Survey Scale (DVHPSS) foi empregado para avaliar o conhecimento, atitudes e autoeficácia dos profissionais na triagem e manejo da IPV. Esse instrumento, aplicado antes e depois de uma sessão educacional, utilizou uma escala Likert de cinco pontos para medir domínios como suporte do sistema, segurança do

profissional e da vítima, culpabilização da vítima e frequência da triagem para violência doméstica (McCarthy et al., 2020).

Além disso, foram realizadas entrevistas em grupos focais para compreender as percepções e desafios enfrentados pelos profissionais na implementação de modelos de intervenção contra a violência doméstica. Essas entrevistas reuniram médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, permitindo identificar dificuldades práticas na adoção de protocolos e rotinas para abordagem da IPV (Husso et al., 2020). Esses instrumentos são essenciais para compreender os desafios da prática clínica e para aprimorar estratégias de intervenção e capacitação dos profissionais de saúde.

Ademais, em um artigo foi aplicado um tipo de treinamento em uma apresentação em PowerPoint com uma narração da sessão educacional antes de aplicar uma escala de avaliação dividida em itens de informações pessoais e escala de reconhecimento da mulher em situação de violência doméstica (McCarthy & Bianchi, 2020). Os instrumentos usados são ferramentas amplamente utilizadas para avaliar a prontidão e a eficácia percebida dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher.

Esses instrumentos demonstram boa confiabilidade e validade em diversos contextos (Galea et al., 2011; Niyonzima et al., 2011), sendo eficazes para medir o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais em relação a essas questões. No entanto, a literatura aponta que, embora sejam úteis, esses instrumentos podem precisar de adaptações culturais dependendo da região em que são aplicados (Gharaibeh et al., 2012).

Outros instrumentos de triagem direta, como o Partner Violence Screen, são também considerados eficazes para a triagem clínica, já que se concentram diretamente em identificar casos de violência, enquanto os questionários são mais focados na avaliação das atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde (Feldhaus et al., 1997).

Dentre os quatro estudos analisados, apenas o de McCarthy e Bianchi (2020) aplicou uma intervenção educativa, por meio de uma sessão instrucional sobre triagem de violência por parceiro íntimo (VPI). Os resultados revelaram melhora significativa nos escores dos profissionais de saúde, passando de 97,63 ($\pm 9,99$) na pré-avaliação para 139,72 ($\pm 10,63$) na pós-avaliação. Nos domínios específicos, a pontuação de autoeficácia aumentou de 22,63 para 28,00, e o de apoio de 14,09 para 16,81, evidenciando que a intervenção foi eficaz em promover conhecimento, segurança e preparo para atuação diante da violência.

Em contrapartida, os demais estudos não aplicaram nenhum tipo de capacitação ou intervenção educativa. O estudo de Renner et al. (2021), por exemplo, mostrou que os

profissionais se consideravam pouco preparados, com médias de 3,03 para médicos, 3,39 para enfermeiros e 5,08 para assistentes sociais e psicólogos ao responderem se se sentiam aptos a fazer perguntas adequadas sobre VPI, em uma escala de 1 (não preparado) a 7 (muito preparado).

Já o estudo de Süreyya Gümüşsoy et al. (2021) apontou níveis baixos de conhecimento, com médias de 46,68 ($\pm 6,92$) na escala de atitudes em relação à violência contra a mulher (ATVAWS) e 20,31 ($\pm 3,23$) na escala de reconhecimento de sinais de violência (HPRSWAWS), sugerindo a necessidade urgente de estratégias formativas. Esses dados reforçam que, na ausência de treinamentos específicos, os profissionais permanecem despreparados, o que compromete a qualidade do atendimento e o rompimento do ciclo de violência.

CONCLUSÃO

Dessa forma, conclui-se que o grau de capacitação dos profissionais da saúde para identificar e atender mulheres em situação de violência doméstica e familiar é baixo. A maioria demonstra pouco preparo e conhecimento sobre o tema, o que reforça a importância de investimentos em formação, treinamentos e estratégias que qualifiquem esses profissionais para um atendimento mais eficaz e humanizado. A orientação e formação dos profissionais da saúde a respeito do tema gera um impacto positivo na quebra do ciclo da violência, não só com aplicação de questionários de autoavaliação, mas também com palestras, campanhas e cursos que abordam formas de identificar e orientar mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

REFERÊNCIAS

- FELDHAUS, K. M. et al. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, v. 277, n. 17, p. 1357–1361, 1997.
- GALEA, S. et al. *Domestic Violence Healthcare Provider Survey Scale*. 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3134914/>.
- GHARAIBEH, M. K.; ABU-BAKER, N. N.; AJI, S. Attitudes toward and justification for wife abuse among Syrian medical and nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*, v. 23, n. 3, p. 297–305, 2012.
- GÜMÜŞSOY, Süreyya; DÖNMEZ, Sevgül; EKŞİ, Ali; DAL, Nursel Alp. Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services. *International Emergency Nursing*, [S.l.], v. 56, p. 100975, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100975>. Acesso em: 08 abr. 2025.
- NIYONZIMA, Eugene et al. *Assessment of the structural validity of the domestic violence healthcare providers' survey questionnaire using a Nigerian sample*. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51041984_Assessment_of_the_structural_validity_of_the_domestic_violence_healthcare_providers%27_survey_questionnaire_using_a_Nigeria_n_sample.
- Schraiber, L. B., et al. (2023). *Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum*. **Revista de Saúde Pública**. Disponível em: [SciELO](#).
- BRASIL, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2006.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.
- GARCÍA-MORENO, Claudia et al. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1567-1579, 2015.
- MIRANDA, Raquel Barbosa; LANGE, Siri. Domestic violence and social norms in Norway and Brazil: A preliminary, qualitative study of attitudes and practices of health workers and criminal justice professionals. *PloS one*, v. 15, n. 12, p. e0243352, 2020.
- Evans, D. P., Fedidat, K., Kohn-Godbout, J., & Voith, L. A. (2019). Survey of Provider Knowledge, Attitudes, and Practices on Gender-Based Violence (KAP Survey – IPPF Adaptado).

Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2020). Barriers to Implementing Interventions Against Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: A Focus Group Study.

McCarthy, S., & Bianchi, A. L. (2020). Training healthcare providers to recognize and respond to intimate partner violence: Evaluation of an educational program.

Renner, L. M., Driessen, M., & Lammers, S. (2021). Healthcare Providers' Preparedness to Address Intimate Partner Violence: A Survey Study.

Süreyya Gümüşsoy, S., & Akyuz, A. (2021). Attitudes and Recognition of Healthcare Providers Towards Violence Against Women.

ANEXO

ANEXO I NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A Revista Brasileira de Segurança Pública aceita trabalhos de autores com titulação mínima de Ensino Superior Completo que discutam sobre Segurança Pública, abrangendo as áreas do Direito, Antropologia, Economia, História, Sociologia e outras áreas das ciências sociais e ciências sociais aplicadas.

Como parte dos critérios da Revista Brasileira de Segurança Pública declaramos que são prezadas contribuições realizadas por autores externos à equipe editorial e entidade editora. Para realizar a submissão de trabalhos à nossa revista visite a página de submissões.

Observação: O autor principal que possuir a titulação mínima deverá realizar a submissão do texto em caso da presença de co-autores sem a titulação requerida

Espaço de dois anos entre publicações e submissões simultâneas:

Os autores/as e coautores/as que submetem um texto à Revista Brasileira de Segurança Pública só poderão realizá-lo sob as seguintes condições:

1. Caso não possua nenhuma submissão em qualquer estágio do fluxo editorial (submissão, avaliação e edição de texto) da RBSP; ou
2. Após a rejeição do primeiro texto submetido à RBSP; ou
3. Após dois anos da publicação da primeira submissão feita à RBSP, caso essa seja aceita e publicada.

Explicação:

- Após submeter um texto à RBSP, o/a autor/a deverá aguardar o resultado do processo de revisão antes de fazer uma nova submissão em nosso fluxo;
- Caso o texto seja aceito para publicação, mas ainda não tenha sido publicado, o/a autor/a deverá aguardar a publicação do texto;
- Caso o texto seja rejeitado, o autor poderá submeter um novo texto imediatamente;
- Caso o texto seja aceito e publicado pela revista, o autor deverá aguardar um período de 2 anos antes de submeter um novo texto, contados a partir do dia de publicação;

- Não é permitido realizar submissões concomitantes;
- A troca de posições para a publicação de artigos está proibida. Isso significa que um texto A, com o autor/a principal X e o coautor/a Y, não poderá ser submetido ao mesmo tempo que um texto B, cujo autor principal seja Y e o coautor seja X.

Essa norma tem como objetivo promover a diversidade de autores e autoras e garantir um intervalo de tempo adequado entre publicações, para que outros autores e autoras tenham a oportunidade de publicar seus trabalhos na Revista. O não cumprimento resultará na recusa da nova submissão do/a autor/a.

Requisitos de Submissão para Imagens e Fotografias

A Revista Brasileira de Segurança Pública (RBSP) recomenda que o uso de imagens e fotografias seja restrito a situações em que sejam de extrema importância para os achados e discussões presentes nos artigos e textos submetidos. É imprescindível ressaltar a necessidade de tomar cuidados quanto à divulgação das identidades das pessoas e à atribuição de autoria às fotografias. Em geral, a RBSP adota uma política de evitar a inclusão de imagens, devido às questões éticas envolvidas, bem como aos custos associados à edição e diagramação dos textos.

Referências Bibliográficas

Menções aos autores no texto devem observar o padrão (autor, ano) ou (autor, ano: página), como nos exemplos: (Costa, 2020) ou (Costa, 2020, p. 10). Se houver mais de um título do mesmo autor no mesmo ano, eles são diferenciados por uma letra após a data: (Costa, 2020a), (Costa, 2020b) etc.

As referências bibliográficas devem ser citadas ao final do artigo, obedecendo aos seguintes critérios, seguindo a NBR 6023:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):

Livro: sobrenome do autor (em caixa alta) /VÍRGULA/ seguido do nome (em caixa alta e baixa) /PONTO/ título da obra em negrito /PONTO/ nome do tradutor /PONTO/ n° da edição, se não for a primeira /VÍRGULA/ local da publicação /DOIS PONTOS/ nome da editora /VÍRGULA/ data /PONTO.

Artigo: sobrenome do autor, seguido do nome (como no item anterior) /PONTO/ título do artigo /PONTO/ nome do periódico em negrito /VÍRGULA/ volume do periódico /VÍRGULA/ número da edição /VÍRGULA/ data /VÍRGULA/ numeração das páginas /PONTO.

Capítulo: sobrenome do autor, seguido do nome (como nos itens anteriores) /PONTO/ título do capítulo /PONTO/ In /DOIS PONTOS/ sobrenome do autor (em caixa alta) /VÍRGULA/ seguido do nome (em caixa alta e baixa) /PONTO/ título da obra em negrito /PONTO/ local da publicação /DOIS PONTOS/ nome da editora /VÍRGULA/ data /PONTO.

Coletânea: sobrenome do organizador, seguido do nome (como nos itens anteriores) /PONTO/ título da coletânea em negrito /PONTO/ nome do tradutor /PONTO/ n° da edição, se não for a primeira /VÍRGULA/ local da publicação /DOIS PONTOS/ nome da editora /VÍRGULA/ data /PONTO.

Teses acadêmicas: sobrenome do autor, seguido do nome (como nos itens anteriores) /PONTO/ título da tese em negrito /PONTO/ número de páginas /PONTO/ grau acadêmico a que se refere /TRAVESSÃO/ instituição em que foi apresentada /VÍRGULA/ data /PONTO.

Observe:

a) As menções a autores, no correr do texto, seguem a forma (Autor, data) ou (Autor, data, página), a última necessária para citações diretas.

b) Colocar como notas de rodapé apenas informações complementares e de natureza substantiva, sem ultrapassar 3 linhas e, quando constarem citações, estas devem ser incluídas nas referências bibliográficas e seguir o critério acima.

Quadros e tabelas

A inclusão de quadros ou tabelas deverá seguir as seguintes orientações:

a) Figuras, gráficos, mapas, tabelas, etc, deverão ser incluídos no corpo do texto e enviados também separadamente em arquivo Excel ou similares e as imagens em alta resolução, com indicações claras dos títulos e dos locais em que se incluem.

b) Devem acompanhar categoria (ex: Figura 1, 2, 3... ou Gráfico 1, 2, 3...), título, seguindo a forma "Categoria: Título" em negrito e, ao final, fonte (ex: elaboração própria, referência acompanhada de entrada de citação, etc).

Os critérios bibliográficos da Revista Brasileira de Segurança Pública tem por base a NBR 6023:2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Tempo Estimado Para Avaliação e Publicação dos Trabalhos

Aceite da submissão do texto pelos editores. Os trabalhos enviados serão apreciados pela comissão editorial em até 30 dias.

Cada parecerista tem, em média, 60 dias para verificar a pertinência do artigo à política editorial, à adequação teórico-metodológica e à contribuição para a área de segurança pública.

A revisão do manuscrito, de acordo com pareceres emitidos, possuem prazo de 45 dias para ser realizada.

A respectiva publicação demora cerca de 18 (dezoito) meses a ser publicada.

Definição de Autoria e coautoria:

As pessoas designadas como autores e coautores devem ter desempenhado um papel ativo e significativo na elaboração do artigo, permitindo-lhes assumir a responsabilidade pública pelo conteúdo. A qualificação de autor/coautor requer o cumprimento de ao menos dois dos seguintes critérios:

a) Concepção e delineamento:

Os autores devem ter contribuído de forma substancial para a concepção e delineamento do estudo. Isso deve incluir o planejamento, escolha de metodologias e coleta de dados.

b) Análise e interpretação dos dados.

Os autores devem ter participado da análise dos dados, quantitativos ou qualitativos, interpretação dos resultados e discussão dos achados.

c) Redação do manuscrito ou revisão crítica:

Os autores devem ter participado ativamente na redação do manuscrito ou na revisão crítica do conteúdo. Isso envolve a redação ou a contribuição significativa para a redação do texto, revisão de versões preliminares e fornecimento de insights intelectuais importantes.

Revisão e aprovação final:

Informamos que todos os autores devem ter revisado o manuscrito e aprovado a versão final do artigo a ser submetido para publicação. Isso garante que todos os autores tenham conhecimento do conteúdo do artigo e concordem com sua publicação. Ademais, alertamos que é expressamente importante que no caso de submissões com coautoria seja indicado as contribuições individuais de cada autor. Isso pode ser feito em uma mensagem/observação ao editor da revista no momento da submissão.

Artigos

A RBSP aceita artigos científicos nos formatos de pesquisa teórica, revisões críticas de literatura, trabalhos empíricos, notas técnicas e resenhas. Os trabalhos devem ser inéditos, ou seja, que não estejam publicados ou sendo avaliados simultaneamente em outras revistas ou órgãos editoriais nacionais ou internacionais. Ademais, devem ser originais, trazendo novidades em relação a estudos anteriores ou preenchendo lacunas, por exemplo. Assim, devem realizar contribuições relevantes, fomentando o debate no campo de estudos que envolve a segurança pública. É responsabilidade dos(as) autores(as) garantir a autenticidade dos dados e das informações reportadas, bem como o cumprimento de preceitos da ética em pesquisa com seres humanos.

Deverão ser precedidos por um breve resumo, em português e em inglês.

Palavras-chave deverão ser destacadas (palavras ou expressões que expressem as idéias centrais do texto), as quais possam facilitar posterior pesquisa ao trabalho na biblioteca.

Serão aceitos artigos escritos nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Não serão devidos direitos autorais ou qualquer remuneração pela publicação dos trabalhos em nossa revista, em qualquer tipo de mídia impressa (papel) ou eletrônica (Internet, etc.).

A simples remessa do original para apreciação implica autorização para publicação pela revista, se obtiver parecer favorável.

Sugere-se observar recomendações para a elaboração de artigos científicos na página [Sobre a revista](#).