



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**MUDANÇAS OCORRIDAS NA ABORDAGEM DA
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES:
PAPEL DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

RAFAELA BRAGA BOTELHO CORREIA

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor JOSÉ HENRIQUE PINHEIRO ORNELAS

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor JOSÉ HENRIQUE PINHEIRO ORNELAS

Tese submetida como requisito parcial para obtenção de grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas
apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade de
Clínica.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor José H. Ornelas, expresso a mais profunda gratidão e agradeço todo o ensinamento, apoio científico, disponibilidade, motivação e compreensão que me disponibilizou ao longo deste percurso. Um muito obrigado, não só pelos conhecimentos que transmitiu, mas também pela compreensão que teve sempre que fui aos Açores.

À Doutora Raquel Vieitas Cardoso e à Doutora Maria João Vargas Moniz, pelos conhecimentos transmitidos, pela atenção, pelas orientações e aprendizagens. Agradeço todos os conselhos e toda a disponibilidade.

Às colegas do seminário de dissertação, especialmente à Marta e à Diana, que sempre se demonstraram predispostas para partilhar ideias e que me motivaram no percurso académico.

Aos participantes deste estudo, um bem-haja. Sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais, o meu porto seguro, um enorme obrigada por todo o amor, dedicação e ajuda. Sem o seu apoio não conseguiria concretizar este sonho.

Às minhas irmãs, namorado e cunhados que, igualmente, sempre caminharam comigo ao longo desta jornada, dando-me sempre todo o amor, carinho e motivação para seguir em frente.

A todos aqueles que direta, ou indiretamente, contribuíram para o meu sucesso durante este percurso académico, muito obrigada!

Resumo

Ao longo dos últimos anos, diversas mudanças aconteceram na abordagem da violência doméstica contra as mulheres, sendo o papel dos profissionais fundamental para esta transformação. Assim, a presente dissertação pretende estudar de que modo os profissionais têm contribuído para as mudanças, na sua prontidão para detectar e intervir quando deparados com mulheres sobreviventes de violência doméstica.

Para isso, foi utilizada uma metodologia quantitativa, através da aplicação *online* do questionário *Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres*.

Os resultados deste estudo mostraram que não existem diferenças na formação dos profissionais das diferentes áreas profissionais, contudo, existem divergências na preparação destes para intervir nos casos de violência doméstica contra as mulheres. Também permitiu afirmar que a formação dos profissionais pode ser eficaz em termos de melhoria de conhecimento, na detecção e na autoeficácia, o que contribui para uma mudança na abordagem da violência doméstica contra as mulheres.

Palavras-chave: Mudança; Violência Doméstica Contra as Mulheres; Profissionais; Formação.

Abstract

Over the past few years, several changes have been observed in the approach of the domestic violence against women, where the professional's role is fundamental to this transformation.

Thus, this dissertation intends to study how professionals have contributed to change your readiness to detect and intervene when confronted with domestic violence women survivors.

For this, a quantitative method was used by applying an online application from the *Professionals Readiness to Detect and Intervene in Domestic Violence Against Women Situations Quiz*. The study results showed that there are no differences between the professionals training from the different professionals areas. However there are differences in the preparation to intervene in domestic violence against women cases. Also allowed to state the professionals training can be effective in terms of knowledge improvement, detection and self-efficacy, which contributes to a change in the approach to domestic violence against women.

Keywords: Change; Domestic Violence Against Women; Professionals; Formation.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	2
2.1. Mudanças Ocorridas na Abordagem da Violência Doméstica Contra as Mulheres:	
Papel da Formação dos Profissionais.....	3
2.1.1. Mudanças no Sistema de Justiça	5
2.1.2. Mudanças Sociais	8
2.1.2.1. Respostas de Coordenação	8
2.1.2.2. Casas Abrigo	9
2.1.2.3. Serviço Social	11
2.1.2.4. Tecnologia, Campanhas de Sensibilização e Linhas de Apoio	13
2.1.2.5. Advocating	15
2.1.3. Mudanças no Sistema de Saúde	16
3. Método	20
3.1. Enquadramento do Estudo	20
3.2. Objetivos e Questões de Investigação	20
3.3. Design do Estudo	21
3.4. Participantes	21
3.5. Instrumentos	25
3.6. Procedimento	26
4. Resultados	27
5. Análise e Discussão dos Resultados	30
6. Conclusões	35
7. Referências Bibliográficas	40
8. ANEXOS	49
8.1. Anexo I – Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres	49
8.2. Anexo II - Consistência Interna do Instrumento	62

Índice de tabelas

Tabela 1 – Estatística Descritiva referente a Dados Sociodemográficos dos Participantes.....	22
Tabela 2 – Análise Descritiva referente à Área de Divisão Profissional dos Participantes.....	24
Tabela 3 – ANOVA <i>one way</i> entre as Opiniões de Preparação e a Área de Divisão Profissional.....	28
Tabela 4 – ANOVA <i>one way</i> entre as Horas de Formação e a Área de Divisão Profissional.....	29
Tabela 5 – Coeficiente de correlação de Pearson entre o Conhecimento e a frequência.....	29
Tabela 6 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as Horas de Formação e o Conhecimento	30
Tabela 7 – Coeficiente de correlação de Pearson entre as Horas de Formação e as Opiniões de Autoeficácia.....	30

“Recomeça... se puderes, sem angústia e sem pressa
e os passos que deres, nesse caminho duro do futuro,
dá-os em liberdade, enquanto não alcances não
descanses, de nenhum fruto que queiras só metade (...)”
(Miguel Torga in *Diário*, 1977).

1. Introdução

O presente trabalho intitulado de *Mudanças Ocorridas na Abordagem da Violência Doméstica Contra as Mulheres: Papel da Formação dos Profissionais* desenvolveu-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto de Psicologia Aplicada – ISPA – IU.

Neste trabalho, será priorizada a importância das mudanças que têm ocorrido na abordagem da violência doméstica contra as mulheres, procurando entender de que modo a formação dos profissionais que intervêm nesta área contribuem para esta transformação.

Nos últimos anos, tornou-se cada vez mais necessário fomentar a formação dos profissionais, uma vez que esta é imprescindível para uma eficaz identificação das sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, no sistema Judicial, na área Social e de Saúde. Através da formação, os profissionais têm procurado melhorar as reformas judiciais, o apoio comunitário para as sobreviventes, as normas institucionais das culturas e, conseqüentemente, o reenquadramento das questões políticas (Lehrner & Allen, 2009; Kohler, Höhne, Ehrhardt, Seifert & Anders, 2013).

O tema de dissertação trata-se de uma questão que tem assumido, mundialmente, proporções elevadas, sendo transversal a todas as classes sociais, atingindo as mulheres independentemente da idade, da cor, da etnia, da religião e da nacionalidade, exigindo uma resposta global através de vários sectores da comunidade (Lehrner & Allen, 2008; Twomey & Weber, 2014; Walker, Bowen, Brown & Sleath, 2014; Geraghty & Woodhams, 2015).

Assim, este estudo tem como objetivo determinar se as mudanças que têm ocorrido na abordagem da violência doméstica contra as mulheres estão relacionadas com a formação, com os conhecimentos e com os comportamentos dos profissionais.

Para isso, será utilizada uma metodologia quantitativa, através da aplicação de um questionário sobre a *Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres*.

Foi realizada uma revisão de literatura sobre as mudanças operadas na violência doméstica contra as mulheres e sobre o papel dos profissionais na sua intervenção. Seguidamente, procedeu-se à aplicação do respetivo questionário que pretende avaliar as seguintes dimensões: formação, conhecimento, opiniões e questões práticas).

O presente estudo encontra-se organizado em seis partes. Na primeira parte, a Introdução, que expõe a temática em estudo, bem como o principal objetivo da investigação. Na segunda parte, é apresentado o Enquadramento Teórico, mencionando-se vários conceitos que são considerados relevantes para a presente investigação. Na terceira parte, no Método, será apresentada uma breve contextualização do estudo, os objetivos e as questões levantadas por esta investigação, o instrumento utilizado, uma caracterização geral dos participantes e os procedimentos que foram utilizados para a recolha e análise dos dados. Na quarta parte, Resultados, e na quinta parte, Discussão e Análise de Resultados, apresentam-se os resultados do estudo, assim como a sua discussão. Na última parte, Conclusão, expõem-se as principais conclusões, limitações, assim como sugestões para investigações e intervenções futuras.

2. Enquadramento Teórico

A origem dos movimentos feministas, como a luta pelos direitos legais e o direito à autonomia da mulher, gerou uma análise da violência contra as mulheres como sendo um fenómeno político, social e pessoal (Lehrner & Allen, 2009; Goodman & Epstein, 2011).

Esta visão da violência doméstica contra as mulheres fomentou a busca da mudança, fazendo conseqüentemente com que o campo da intervenção e da formação dos profissionais tenha vindo a ganhar importância, em termos práticos e teóricos (Durlak & Wells, 1997; Tseng et al., 2002). No entanto, outros autores defendem que a reformulação deste fenómeno não foi originado apenas pelos movimentos das mulheres, como também pela progressiva interação entre os vários profissionais, como magistrados, juristas, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, as várias organizações não-governamentais e as iniciativas que apostam na formação dos técnicos que prestam apoio às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres (Walker, 1999; Wolfe & Jaffe, 1999; García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Helse & Watts, 2006; Sullivan, 2006; Indu, Remadevi, Vidhukumar, Anilkumar & Subha, 2011).

Cardoso e Ornelas (2013) defendem que nos últimos anos se têm vindo a verificar mudanças muito significativas, devido à interdisciplinaridade das vastas áreas que contribuíram para o aumento dos serviços disponíveis para as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Estas mudanças têm ocorrido a nível do sistema de justiça,

através da criação de leis que protegem a mulher, aplicação de sanções sobre o parceiro violento, o aumento do treino dos profissionais que estão em contato com a sobrevivente e, o aumento da preocupação dos profissionais e das comunidades em proteger, manter a salvo e sensibilizar no sentido de travar a violência (Tseng et al., 2002; Ornelas & Cardoso, 2013).

2.1. Mudanças Ocorridas na Abordagem da Violência Doméstica Contra as Mulheres: Papel da Formação dos Profissionais

A violência doméstica contra as mulheres é um problema público e global, sendo necessária uma resposta multidisciplinar por parte dos mais variados profissionais que lidam com este fenómeno (Durlak & Wells, 1997; Hockenull et al., 2015; Wuest et al., 2015).

Os profissionais que lidam com a violência doméstica têm um papel importante na identificação da violência doméstica contra as mulheres e na sua intervenção. Assim, é muito importante a existência de protocolos e uma boa coordenação entre os serviços da comunidade de forma a responder eficazmente às necessidades das sobreviventes. Para Colarossi, Breitbart e Betancourt (2010) a intervenção será mais eficaz se, no local de trabalho do profissional, houver a implementação de protocolos e políticas que auxiliam o profissional na deteção desta problemática. Twomey e Weber (2014) defendem que uma intervenção multidisciplinar coordenada entre profissionais de justiça, de saúde e sociais acarreta mais vantagens às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, uma vez que podem fornecer serviços mais variados, como pedir uma avaliação psicológica (Shepard, Falk & Elliott, 2002).

A formação e o treino dos profissionais assumem um papel preponderante para ultrapassar as barreiras sentidas pelos profissionais, através do aumento dos conhecimentos e dos recursos necessários para proporcionar os serviços mais adequados e eficazes às sobreviventes de violência doméstica. Ainda permite que os profissionais estejam mais confortáveis e preparados para realizar a triagem das mulheres que sofrem de violência doméstica, ultrapassando barreiras frequentemente encontradas por estes (Lawoko et al., 2014; Twomey & Weber, 2014; Wuest, 2015). Estas barreiras prendem-se com a carência de treino e formação, falta de tempo para perguntar sobre violência doméstica contra as mulheres, desconforto por parte dos profissionais, medo de se envolverem no caso e receio de que a mulher se sinta ofendida ou não queira mencionar que sofre de abusos (Baig, Ryan, Rodriguez, 2012; Lawoko et al., 2014; Tower, 2006; Twomey & Weber, 2014).

A formação na área da violência doméstica é indispensável e deverá ser contínua, dado que o treino aumenta o conhecimento e a capacidade dos profissionais em relação a esta problemática. Também, o treino está associado a uma maior frequência de triagem e ao progressivo aumento de sentimentos de preparação para perguntar sobre violência doméstica contra as mulheres (Ramsay et al., 2012). Porém, outros autores referem que apesar do treino e formação serem importantes para a identificação destes casos, não é, por si só suficiente. Para Qasen et al., (2012) na ausência de uma mudança estrutural na educação, nos serviços e nas políticas das instituições, torna-se incerto que o treino e formação sejam suficientes para estimular a mudança na intervenção do profissional.

O sistema de Segurança e Justiça é necessário para as sobreviventes, uma vez que fornecem apoio através da aplicação de leis como as ordens de afastamento e através da investigação de situações de risco. Os profissionais da área de justiça têm, também, um papel importante em ajudar a comunidade a dar uma resposta à violência doméstica contra as mulheres, através da mobilização de outros profissionais, como os promotores de justiça, polícias e juízes que são fundamentais para conferir uma resposta organizada a nível comunitário. A resposta coordenada com outros profissionais, como os da área de saúde, pode, igualmente, ajudar a evitar respostas inconsistentes que prejudiquem a sobrevivente (Koss, 2000; Goodman & Epstein, 2011; Twomey & Weber, 2014).

Os profissionais da área de Proteção e Integração Social, como o serviço social, *advocates*, casas abrigo, centros de atendimento, entre outros, são um dos primeiros serviços que respondem quando há uma denúncia de violência doméstica contra as mulheres. Estes profissionais têm como função assegurar o bem-estar das sobreviventes, receber denúncias de abuso e investigar situações de suspeita, conferir acompanhamento e a avaliação de casos. Para além disso, ainda providenciam assistência médica, habitacional, de emergência e de apoio (Goodman & Epstein, 2011; Twomey & Weber, 2014). Os *advocates*, que são providenciados pelos serviços da comunidade, conferem às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres apoios diversos, como o aconselhamento legal, informações gerais, encaminhamentos, grupos de suporte e a tarefa de sensibilizar e educar a comunidade sobre esta temática (Twomey & Weber, 2014). Muitas intervenções também fornecem recomendações de segurança, planeamento e pretendem capacitar as mulheres para atingir os seus objetivos (Ramsay et al., 2009). Alguns profissionais trabalham em diversas áreas, enquanto outros se concentram especificamente em ajudar as mulheres a alcançarem os recursos e serviços da comunidade (e.g. habitação, emprego, apoio social). O apoio e

acompanhamento social são realizados por diversas organizações e em vários contextos - em casa, por telefone, em espaços comunitários, em ambientes de cuidados de saúde (Ramsay et al. 2009; Sullivan, 2011).

Os profissionais da área de Saúde têm, do mesmo modo, um papel indispensável na intervenção, uma vez que as sobreviventes recorrerem frequentemente aos cuidados de saúde, devido às lesões físicas que muitas vezes ocorrem em situações de violência doméstica contra as mulheres (Shattuck, 2002). Este é um serviço importante na identificação das sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, sendo essencial o encaminhamento que realizam para outros serviços, como o apoio social, *advocacy*, e outros serviços da comunidade (e.g. casas abrigo). Também é fundamental prestar apoio e contribuir para a prevenção da recorrência da violência e a atenuação das suas consequências. Para além disso, têm a função de realizar uma intervenção primária, enfatizando a violência doméstica como um problema de saúde e defendendo uma ação coordenada com outros sistemas (Twomey & Weber, 2014; Wuest, 2015). Quanto aos serviços de saúde mental, estes tem como objetivo conferir apoio preventivo às mulheres, realizar intervenções em crise, prestar aconselhamento, entre outros (Lawoko et al., 2014; Twomey & Weber, 2014). É importante que os profissionais de saúde conheçam as estratégias usadas pelo parceiro violento, conferindo à mulher um lugar seguro onde esta possa receber os tratamentos médicos. Os profissionais devem respeitar a confidencialidade das sobreviventes e a sua autonomia, nunca transmitindo julgamentos (Twomey & Weber, 2014).

2.1.1. Mudanças no Sistema de Justiça

O sistema de justiça tem vindo a progredir na resposta da violência doméstica contra as mulheres, de forma a intensificar a punição por crimes contra as mulheres, através do aumento do tempo de sentença e da criação de novas categorias para os crimes (Koss, 2000).

Têm sido realizadas várias reformas ao nível da legislação recente sobre a violência doméstica contra as mulheres, como a implementação de ações de formação/sensibilização dos agentes da justiça e das forças de segurança pública, a criação de linhas de apoio e de assessoria legal às sobreviventes (Koss, 2000; Sullivan, 2011).

A partir da década de 90, tem havido a preocupação crescente de criar legislação específica orientada para a proteção dos direitos dos cidadãos que são sobreviventes deste fenómeno. (Buzawa & Buzawa, 1996; Koss, 2000; Dias, 2010; Sullivan, 2011). A violência doméstica contra as mulheres passou a ser encarada como um crime público e autónomo. Esta

mudança na lei contribui para o agravamento no limite mínimo da pena, no caso de ser exercida na presença de menores ou no domicílio da sobrevivente (Carneiro, 2007; Dias, 2010). Segundo Carneiro (2007), por crime público entende-se qualquer crime cujo procedimento criminal não está dependente da queixa por parte da sobrevivente, sendo apenas necessária uma denúncia ou conhecimento do crime para que o Ministério Público acione o processo. Isto é, o processo de investigação inicia independentemente da vontade da sobrevivente do crime. A esta alteração na lei, também podemos dominar de *no-drop prosecution policies* (Goodman & Epstein, 2011).

Podem-se resumir as reformas a nível do sistema jurídico criminal em grandes três aspetos (Buzawa & Buzawa, 1996; Koss, 2000; Goodman & Epstein, 2011). Primeiro, no sistema criminal de justiça foram adotadas leis de detenção obrigatória que requerem que a polícia prenda os parceiros violentos nos casos de violência doméstica contra as mulheres. Para além disso, também as políticas do Ministério Público que ditam que as acusações contra um agressor de violência doméstica serão prosseguidas, mesmo que a mulher escolha não cooperar (*no-drop prosecution policies*). Esta mudança da lei ocorreu, uma vez que anteriormente era bastante frequente os promotores de justiça desencorajarem as sobreviventes de prosseguir com os processos contra os agressores (Goodman & Epstein, 2011; Sullivan, 2011). Assim, para combater esta situação, foi adotada esta lei que assegura que após as acusações da sobrevivente serem apresentadas, o caso prossegue independentemente da vontade da mesma. Para isso devem existir evidências suficientes para provar a conduta criminosa, como chamadas para linhas de apoio, fotografias e processos hospitalares que registam os ferimentos e depoimentos de testemunhas ou de polícias que responderam à situação de violência. Mesmo nos casos em que a mulher sobrevivente se recusa a cooperar, a história original desta é usada para a defesa em tribunal. Tal como acontece com a prisão obrigatória do agressor, a *no-drop prosecution policies* mostrou-se bastante bem sucedida na melhoria do acesso à justiça da sobrevivente (Koss, 2000; Goodman & Epstein, 2011). Segundo Hanna (1996, citado por Goodman & Epstein, 2011), a lei supramencionada é a mais eficaz na prevenção que o parceiro violento escape da punição por lei do ato de violência doméstica contra as mulheres. Para além disso, esta lei visa evitar que as mulheres tenham a responsabilidade única de denunciar o parceiro violento, uma vez que frequentemente estas procuram desistir da acusação por terem medo de sofrerem novas agressões e para salvaguardarem os filhos (Koss, 2000; Goodman & Epstein, 2011).

Ainda foram criadas ordens de proteção, também chamadas de ordens de restrição ou de afastamento, que autorizam os juízes a conceder proteções variadas às sobreviventes de violência doméstica. As ordens de proteção destinam-se a impedir que o parceiro violento entre em contato com a mulher sobrevivente de violência doméstica (Koss, 2000; Epstein, Bell & Goodman, 2003).

Em terceiro lugar, foram desenvolvidas colaborações entre o sistema público e privado, que são geralmente referenciadas como respostas da comunidade coordenadas, que têm como objetivo aumentar a eficácia da resposta dada por parte do sistema jurídico às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Estas reformas, em conjunto, facilitaram o acesso das mulheres ao sistema jurídico, bem como as opções práticas relacionadas com o mesmo (Buzawa, Hotaling & Byern, 2007; Goodman & Epstein, 2011).

Apesar das reformas no sistema de justiça, as investigações encontram duas posturas face às ordens de proteção, isto é, vários estudos comprovam que as ordens de proteção constituem uma importante medida no que diz respeito à segurança das sobreviventes e na responsabilização dos crimes nos agressores (Buzawa & Buzawa, 1996 citado por Javdani et al., 2011; Sullivan, 2011; Goodman & Epstein, 2011). Porém, outros defendem que as ordens de proteção não protegem de forma adequada as sobreviventes de abuso (Klein, 1996 citado por Javdani et al., 2011). Embora existam ideias contrastantes pode-se afirmar, com base na literatura, que o acesso a ordens de proteção continua a ser um esforço comum de reforma no estado, que colabora de forma fulcral na mudança dos sistemas e que se pode refletir de forma positiva no aumento do sistema de coordenação, facilitando que as sobreviventes de violência doméstica continuem articuladas com o sistema de justiça, tendo um contínuo acesso a recursos de defesa legais (Buzawa et al., 1998; Javdani et al., 2011).

Várias investigações (Buzawa, 2002 citado por Javdani, Allen, Todd & Anderson, 2011) têm chegado à conclusão que existe uma interação entre a violência doméstica contra as mulheres e o sistema de justiça, contudo são várias as lacunas encontradas na resposta judicial (Sullivan, 2011; Cattaneo, Grossmann & Chapman, 2015). Para Goodman e Epstein (2011) estas lacunas refletem-se na falta de flexibilidade nas respostas dadas às mulheres, havendo vários obstáculos em manter a segurança destas. Isto é, o facto de qualquer pessoa poder fazer uma denúncia de violência doméstica e, desta avançar para tribunal mesmo sendo contra a vontade da mulher, é uma situação que a pode deixar em perigo de retaliação por parte do parceiro violento. De acordo com o estudo Finn (2003 citado por Goodman & Epstein, 2011), 20% a 30% dos parceiros violentos voltam a agredir as sobreviventes, após terem descoberto

o seu envolvimento no sistema de justiça. Para Barata (2007), muitas mulheres têm medo de recorrer ao sistema jurídico criminal, sendo esta uma barreira ao acesso do mesmo. Este medo é justificado por parte das sobreviventes, uma vez que as mulheres correm um maior risco de sofrer novos episódios de agressão e morte após deixarem o parceiro violento. Assim, o facto de recorrerem ao sistema jurídico criminal, não é de todo uma garantia de proteção (Koss, 2000; Barata, 2007).

Nas últimas décadas, o sistema de justiça tem feito grandes esforços para melhorar a sua intervenção perante este fenómeno. Todavia, até os profissionais de justiça estarem aptos para responder diretamente aos obstáculos, às necessidades e aos objetivos das mulheres, o acesso ao sistema de justiça continuará a ser inacessível e até arriscado para as sobreviventes (Goodman & Epstein, 2011).

2.1.2. Mudanças Sociais

2.1.2.1. Respostas de Coordenação

As respostas de coordenação têm vindo a desenvolver-se, nas instituições, desde 1990 e são indispensáveis para criar e/ou reforçar a resposta por parte da comunidade à violência doméstica contra as mulheres (Javdani et al., 2011a; Sullivan, 2011). Estas respostas requerem que as instituições sejam compostas por representantes de vários serviços, como da polícia, do Ministério Público, do sistema de saúde, da comunidade religiosa, *advocates*, entre outros (Shepard, Falk & Elliott, 2002; Sullivan, 2011).

As respostas coordenadas têm vários objetivos, sendo um deles estimular o contacto presencial entre os profissionais de diferentes áreas. Anteriormente, a intervenção na violência doméstica contra as mulheres era individual, não havendo uma coordenação entre os diferentes serviços de apoio para as sobreviventes (Allen et al., 2008; Javdani & Allen, 2011a; Javdani & Allen, 2011b). Shepard, Falk e Elliott (2002) defendem que a interação entre os profissionais e a implementação de leis e procedimentos comuns entre as instituições tem contribuído para a mudança, refletindo-se no aumento do número de mandados de prisão dos parceiros violentos e no encaminhamento eficaz das sobreviventes para outros serviços da comunidade (Shepard, 1999 citado por Shepard et al., 2002).

A formação dos profissionais sociais é um aspeto importante para a crescente interdisciplinaridade entre os serviços e para a redução deste fenómeno (Allen, 2005; Hoff, 2009; Lehrner & Allen, 2009). De acordo com Goodman e Epstein (2011), o treino e a

formação permite que as respostas de coordenação nas comunidades estimulem a promoção da mudança nos mesmos, conseguindo reunir diversas organizações que antes, raramente ou quase nunca comunicavam acerca dos seus trabalhos (e.g. os *advocates* conversarem com os profissionais de saúde sobre os processos médicos da mulher).

As respostas coordenadas têm, igualmente, um papel essencial em melhorar a promoção do conhecimento, parcerias e mudanças nas instituições (e.g. mudanças nas políticas e nos procedimentos das instituições). O estudo de Allen, Watt e Hess (2008), mostra que estas têm a capacidade de se envolverem em atividades que se destinam à promoção da mudança, como é o caso da identificação de falhas na resposta que os serviços da comunidade prestam às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres.

Vários estudos têm vindo a mostrar que quando as mulheres pretendem deixar a situação de violência, procuram vários sistemas da comunidade para mantê-las a salvo, bem como aos seus filhos (Allen, Bybee & Sullivan 2004; Sullivan, 2011). As mulheres recorrem aos amigos e familiares, mas também procuram fontes de ajuda mais formais como a polícia, cuidados de saúde, líderes religiosos e o sistema de serviço social (Allen et al., 2004; Sullivan, 2011). Como as respostas de coordenação estão interligadas com os programas de violência doméstica, incluindo casas abrigo, facilitam no encaminhamento a outros serviços indispensáveis não só para a mulher, bem como para os seus filhos (Goodman & Epstein, 2011; Javdani et al., 2011; Sullivan, 2011).

As necessidades das mulheres abarcam diversos serviços e carecem de intervenções dos sistemas de justiça penal e civil, de serviços sociais, de saúde ou instituições de saúde mental. A coordenação de respostas permite que o encaminhamento das sobreviventes seja mais facilmente acedido, devido à coordenação e colaboração entre os serviços (Sullivan, 2011).

A consciencialização de que a violência doméstica contra as mulheres é um assunto complexo, tem envolvido a comunidade como um todo na intervenção desta situação através da prevenção e da educação, no sentido de sensibilizar e remodelar atitudes sobre este fenómeno (Sullivan, 2011).

2.1.2.2. Casas Abrigo

A primeira Conferência Mundial sobre casas de abrigo realizou-se no Canadá em 2008. Através dela foi criada a Rede Global de Casas de Abrigo para Mulheres, que envolve

representantes de vários países e que tem fortalecido a comunicação, o conhecimento e a partilha entre profissionais (Sullivan, 2011).

Apesar dos primeiros programas de abrigo oferecerem apoio a curto-prazo às sobreviventes, atualmente existem programas da comunidade que cedem abrigo de emergência, linhas de apoio 24horas, grupos de apoio, serviços de aconselhamento e *advocates*. Estas mudanças foram possíveis através do esforço conjunto de profissionais de várias áreas que têm modificado a sua abordagem neste fenómeno para oferecer respostas mais diversificadas e eficazes às mulheres (Baker, Cook & Noris, 2003; Sullivan, 2011).

Os programas de abrigo têm sido uma das intervenções que têm dado mais suporte às sobreviventes, sendo os grupos de suporte bastante recorrentes nestes programas. Anteriormente, os grupos de suporte foram criados para as mulheres poderem discutir acerca das suas experiências e partilharem informações sobre os recursos existentes com as outras sobreviventes. Porém, devido à sucessiva preocupação em melhorar o atendimento à mulher e à crescente formação dos profissionais foi possível oferecer uma resposta mais ampla às sobreviventes. (Koss, 2000; Goodman & Epstein, 2011; Sullivan, 2011).

Para Itzhaky e Porat (2005), as casas abrigos pretendem não só dar abrigo, mas também capacitar as mulheres, conferindo-lhes *empowerment* para melhorar a sua autoestima, esperança e satisfação com a vida. De acordo com o estudo de McDonald (1989 citado por Itzhaky & Porat, 2005) as casas abrigo tem um impacto positivo no *empowerment* das sobreviventes, resultando no aumento na sensação de controlo da mulher.

Ao longo dos anos, transformou-se a forma como as casas abrigo respondem às necessidades das mulheres, havendo a preocupação de providenciar soluções mais diversificadas a estas. Os programas de transição habitacional têm um papel importante em dar uma alternativa às sobreviventes que, desta forma, não têm de continuar a morar com os seus parceiros violentos. Nestes programas, as sobreviventes contribuem com uma pequena percentagem pela renda da casa, sendo que a maioria destes programas também garante suporte a nível de aconselhamento, assistente de habitação e assistente de emprego (Sullivan, 2011; Glenn & Goodman, 2015).

Para além do acolhimento em casas abrigo, têm surgido alternativas que permitem a autonomização da mulher e que não aumentam o grau de risco da mulher (Grossman, Lundy & Crabtree-Nelson, 2010). É o caso das casas seguras que são espaços residenciais privados que são disponibilizados por elementos da comunidade, de forma temporária, a mulheres que

abandonaram as relações abusivas. Também podem ser formadas por seis habitações comunitárias, mas de conhecimento público, contando com a segurança da própria comunidade (Grossman et al., 2010).

Outro tipo de resposta inovadora são as habitações privadas e confidenciais, com elevado grau de segurança para mulheres que precisam de uma situação mais discreta ou que têm questões específicas de segurança e de vida, não podendo estar numa casa de abrigo comum. Também existe o alojamento rápido que oferece às mulheres, de forma imediata, habitação estável e segura em vez de serem acolhidas numa casa de abrigo. Para que estes modelos alternativos de alojamento possam ser eficazes são necessários grandes níveis de cooperação, formação, treino e compromisso tanto dos profissionais judiciais, que devem assegurar medidas de proteção, bem como a existência de parcerias entre as organizações e os serviços da comunidade (Grossman et al., 2010).

Todavia, apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos, segundo Sullivan (2011) os programas de abrigo existentes não são suficientes para prestar apoio ao grande número de sobreviventes. Os abrigos são menos prováveis de estarem disponíveis em áreas rurais, sendo também cada vez mais debatidas as dificuldades financeiras para conseguir manter os abrigos em funcionamento (Sullivan, 2011).

2.1.2.3. Serviço Social

A capacidade dos profissionais sociais para detetar e combater a violência doméstica contra as mulheres é crítica dada a prevalência e as consequências da mesma. Isso deve-se à relutância das mulheres para identificar o abuso como um problema e as necessidades do serviço múltiplo das mulheres e dos seus filhos (Kanuha, 1998; Danis, 2003; Ramsay, 2009).

O trabalho social está presente em vários serviços, como nos cuidados de saúde, serviços sociais, sistema de justiça, nas escolas, entre outros, havendo uma grande probabilidade de se ter contacto com sobreviventes deste fenómeno. Porém, continua a haver necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre como identificar, avaliar e intervir com as sobreviventes, sendo primordial continuar a preparar os profissionais para intervir nesta área (Kanuha, 1998; Danis, 2003; Twomey & Weber, 2014).

Para Kanuha (1998) os profissionais da área social têm um papel importante no campo da violência doméstica contra as mulheres, uma vez que estão mais confortáveis na sua intervenção com a sobrevivente. Estes profissionais interagem com vários serviços que são

fundamentais para auxiliar a mulher, como o trabalho de *advocate*, sistema legal e educacional, serviços sociais públicos, programas de violência doméstica, serviços da comunidade, centros de emprego, entre outros (Danis, 2003).

Ao longo dos anos, os profissionais sociais foram desafiados a estabelecer ligações com profissionais de diversas áreas para desenvolver uma maior coordenação e para aumentar os seus conhecimentos sobre a dinâmica numa família que sofre de violência doméstica (Danis, 2003). O profissional social tem a função de ajudar a reduzir a reincidência de futuras situações de violência doméstica contra as mulheres, através da sua intervenção em crise, prestando-lhes apoio imediato e ajudando-as a obterem tratamentos médicos rápidos, caso estejam a sofrer de lesões provocadas pelos maus tratos. O profissional social também deverá ser capaz de trabalhar, não só com a mulher, mas com o parceiro violento. Através do aconselhamento, têm o papel de ajudar a mulher a melhorar a sua autoestima, aconselhando-a sobre as medidas que deverá tomar. A segurança e proteção da mulher deve ser assegurada pelo profissional social, criando uma alternativa, como o encaminhamento para casas abrigo. Isto é, deverá fazer uma interligação aos serviços da comunidade (e.g. *advocates*), que tem a capacidade de conferir a assistência necessária para auxiliar a sobrevivente e a sua família (Danis, 2003).

Para além disso, os profissionais sociais têm a responsabilidade de organizar campanhas comunitárias educativas que contribuem para a sensibilização da comunidade, no que diz respeito ao fenómeno da violência doméstica contra as mulheres (Mojoyinola, 2006).

O uso da triagem para identificar este fenómeno foi recomendado e os profissionais sociais foram instigados a entender as barreiras com que as mulheres se deparam após se separarem dos seus parceiros violentos. Assim, os profissionais da área social devem estar preparados sobre questões práticas para ajudar as famílias que sofreram de violência doméstica, prevenindo o desenvolvimento da violência entre gerações futuras e fazendo o encaminhamento de intervenções clínicas para mulheres sobreviventes e para os seus filhos (Kanuha, 1998; Danis, 2003; Danis, 2004).

Outrora, os serviços sociais falhavam frequentemente na identificação das sobreviventes de violência doméstica, por não terem capacidade de resposta, e por entrevistarem, simultaneamente, a sobrevivente e o parceiro violento. Contudo, através do estudo de Danis (2003) pode-se afirmar que têm ocorrido mudanças na abordagem dos

profissionais sociais às sobreviventes de violência doméstica, devido à crescente formação e educação. Os profissionais encontram-se mais preparados para dar resposta às mulheres, uma vez que hoje em dia os profissionais sociais realizam uma triagem mais segura, através de entrevistas com as sobreviventes de violência doméstica, separadamente do seu parceiro violento (Danis, 2003; Danis, 2004).

Segundo Danis (2003), apesar das várias mudanças operadas na abordagem da violência doméstica contra as mulheres, os profissionais sociais ainda não aplicam na sua rotina a triagem universal através de perguntas diretas. Para além disso, 53% dos profissionais sociais têm poucos ou nenhuns conhecimentos acerca deste fenómeno. Assim sendo, recomenda-se que os profissionais desta área mantenham a educação e desenvolvimento profissional numa tentativa de dar mais resposta às sobreviventes (Kanuha, 1998).

2.1.2.4. Tecnologia, Campanhas de Sensibilização e Linhas de Apoio

A tecnologia está a ser utilizada progressivamente, de forma interna e externa pelo sistema legal, de saúde e social, para prevenir e encaminhar as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Por exemplo, o departamento da polícia pode utilizar a tecnologia para ter acesso à base de dados criminal, como também transmitir informações para outros locais, como sistemas de saúde ou instituições que prestam apoio às sobreviventes. Também os *advocates* utilizam a tecnologia para colocar *online* informações sobre o trabalho que realizam e de que forma as mulheres podem procurar/encontrar ajuda.

Segundo Murray et al. (2015), todos os profissionais que intervêm neste fenómeno podem usufruir do avanço da tecnologia, de modo a auxiliar os próprios profissionais a esclarecer questões ou a orientar decisões que tenham que tomar. Dado que são muitos os profissionais que usufruem da tecnologia no seu quotidiano, houve a preocupação de se desenvolver e implementar sistemas de tecnologia próprios para as organizações e serviços, que tenham em conta as necessidades específicas destes profissionais, assegurando que seja dada uma resposta eficaz por parte destes (Murray et al., 2015).

Por sua vez, também as campanhas de sensibilização mostram ter papel importante na intervenção desta temática. Wolfe e Jaffe (1999) referem que os profissionais que têm como função realizar campanhas educativas, devem continuar numa constante formação acerca da comunicação, dado que as campanhas educativas são uma ferramenta poderosa e

estratégica que permite ensinar às pessoas o que é preciso fazer no sentido da mudança (Wolfe & Jaffe, 1999; Murray et al., 2015).

O estudo de Cismaru, Lavack e Jensen (2010) menciona que devido à elevada prevalência da violência doméstica contra as mulheres, o baixo nível dos relatórios da polícia e os custos significativos, foram feitos esforços por parte dos profissionais para melhorar a comunicação e a ajuda às sobreviventes. As organizações governamentais e as organizações sem fins lucrativos têm empregado o *marketing* social, através de campanhas dos média, *kits* educacionais, grupos de apoio e linhas telefônicas de apoio para transmitir a mensagem de que a violência doméstica é inaceitável (Cismaru et al., 2010).

As campanhas realizadas têm uma variedade de objetivos, como aumentar a sensibilização sobre a violência doméstica e os serviços de ajuda disponíveis, a prestação de aconselhamento tanto para as sobreviventes, como para os perpetradores e profissionais. Também se destinam a favorecer a mudança de atitudes e crenças sociais que normalizam e banalizam a violência doméstica contra as mulheres (Cismaru et al., 2010).

As campanhas englobam uma grande variedade de elementos, sendo a maioria feita através de materiais impressos, como cartazes, brochuras, folhetos, anúncios de serviço público, a partir da rádio e televisão, e *sites* educacionais. Muitas iniciativas também incorporaram grupos de ajuda, linhas de telefone e dar e/ ou vender itens como camisetas (Cismaru et al., 2010; Cismaru & Lavack, 2011).

Estas mudanças operadas nas campanhas educativas têm tido um impacto fulcral para o aumento das denúncias de violência doméstica contra as mulheres. Esta realidade mostra-nos a importância da publicidade chegar à população e conseguir ter o impacto desejado, sendo cada vez maior o número de campanhas de sensibilização realizadas nesta área (Wolfe & Jaffe, 1999; Cardoso & Ornelas, 2013).

Quanto às linhas de apoio, estas tornam-se indispensáveis, no sentido de facilitar e permitir às sobreviventes, à família, aos amigos, ou qualquer cidadão denunciar ou pedir ajuda para enfrentar a situação de violência doméstica contra as mulheres. Para isso, é fulcral os profissionais terem os conhecimentos necessários para auxiliarem as pessoas que recorrem às linhas de apoio, dando informações e aconselhando sobre os serviços da comunidade (Bennet, Riger, Schewe, Howard & Wasco, 2004).

De acordo com Bennet et al., (2004), as linhas diretas são geralmente compostas por voluntários e profissionais que tenham recebido formação em intervenção em crise, podendo

operar 24 horas por dia, sete dias por semana. No seu estudo, Bennet et al., (2004) concluiu que houve um grande ganho de informação através das linhas de apoio à sobrevivente, daí ser imprescindível a sucessiva melhoria do funcionamento das mesmas, de forma a conferir respostas mais eficazes às sobreviventes.

2.1.2.5. *Advocating*

A intervenção por parte dos *advocates* exerce um papel importante na reformulação do fenómeno da violência doméstica contra as mulheres. Estes profissionais abrangem uma variedade de instituições sociais que afetam a vida das sobreviventes, como é o caso do sistema de justiça, dos cuidados de saúde, de instituições religiosas, entre outros (Allen et al., 2004).

Por *advocate*, entende-se alguém que responde diretamente na ajuda a uma sobrevivente de violência doméstica, num contexto institucional (Allen et al., 2004). Contudo, no âmbito deste fenómeno, o papel do *advocate* pode variar nos diferentes países, dependendo da instituição e do desenvolvimento histórico do papel dos *advocates* (Ramsay et al., 2009).

Anteriormente, os *advocates* tinham como principal função encaminhar a sobrevivente para os serviços da comunidade e explicar quais os seus direitos. Porém, tem havido uma crescente preocupação por parte dos profissionais em evoluir na sua formação, o que resultou numa mudança positiva no modo como ajudam as sobreviventes de violência doméstica eficazmente (Bybee & Sullivan, 2002; Nichols, 2013).

Atualmente, estes profissionais têm um papel importante em elaborar planos de segurança, ou seja, em conferir às mulheres documentos que as informam sobre como deixar a situação de violência e conversar sobre as suas maiores preocupações, delineando uma estratégia para melhor enfrentar a situação. Para além disso, facultam informações sobre o sistema judicial (e.g. leis), servem de intermediário entre a mulher e o sistema de justiça, procuradores, advogados e instituições da comunidade. O serviço de *advocating* tem vindo a transformar-se, de modo a conceder mais qualidade de vida às sobreviventes, através da facilitação do seu acesso aos recursos da comunidade, aumentando o apoio social disponível para estas (Bybee & Sullivan, 2002).

O estudo de Washington de Bell e Goodman's (2001 citado por Sullivan, 2011) verificou a importância do papel de *advocates* na comunidade, tendo aferido que mulheres

que foram acompanhadas por estes vivenciaram menos violência ao longo do tempo e uma maior qualidade de vida, apoio social e maior facilidade em aceder aos apoios comunitários.

Vários estudos demonstram que as intervenções de defesas por parte de *advocates* podem facilitar às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, os recursos essenciais e necessários (Sullivan & Bybee, 1999 citado por Allen et al., 2004).

Todavia, não está claro se o papel dos *advocates* funciona de modo igual para todas as sobreviventes, ou seja, questiona-se se a eficiência desta intervenção depende das mulheres e das suas necessidades atuais e básicas, como a habitação, ou se é mais eficaz a responder a necessidades financeiras e de segurança a longo-prazo, como arranjar emprego (Allen et al., 2004).

2.1.3. Mudanças no Sistema de Saúde

Ao longo da revisão da literatura, verifica-se que é atribuída uma grande importância ao sistema de saúde, uma vez que este é um dos principais motores na intervenção com as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres (Ramsay et al. 2012; Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013).

Os centros de saúde e hospitais são um serviço fundamental para identificar e apoiar as sobreviventes de violência doméstica. As mulheres que sofrem deste fenómeno, comparativamente às que não, visitam com mais frequência os sistemas de saúde para tratarem das suas lesões (Leppakoski & Paavilainen, 2012; Rose et al., 2012). Para além dos danos físicos, a violência doméstica também está associada a vários problemas de saúde relacionados com a ansiedade, depressão, distúrbios alimentares, *stress* pós-traumático e tentativas de suicídio. Segundo Trevillion et al. (2012) é por esta mesma razão que os serviços de saúde são mais recorridos pelas mulheres que sofrem de violência doméstica do que pelas que não sofrem.

De acordo com Sullivan (2011), as intervenções no sistema de saúde tem vindo a modificar-se ao longo dos anos. Esta mudança está assente na formação e no treino dos profissionais, de modo a providenciar não só o tratamento das lesões das mulheres, como prestar apoio emocional, conselhos sobre a saúde mental, planos de segurança, educação, encaminhamento para serviços da comunidade e a documentação do historial de abusos. Ainda, diversos hospitais e clínicas colaboram com programas de abrigo, de modo a que os *advocates* possam mais facilmente ter acesso às mulheres que foram identificadas como sobreviventes de violência doméstica (Richardson et al. 2002).

Algumas das mudanças mais importantes neste sistema são a triagem e o aconselhamento das sobreviventes. Estas alterações foram institucionalizadas na década de 90 quando a Comissão Conjunta sobre a Acreditação de Hospitais e Organização de Saúde, estabeleceu que os serviços de urgência teriam de desenvolver protocolos para identificar e tratar as sobreviventes de violência doméstica (Chang et al., 2005). Assim, postulou-se que o fenómeno da violência doméstica contra as mulheres e as suas consequências físicas e psicológicas são suficientes para que se defenda a triagem de rotina em todas as mulheres que deem entrada nos serviços emergência, pediatria, pré-natal e de saúde mental (Hamberger et al., 2004; Chang et al., 2005). Para facilitar a resposta a este fenómeno, alguns países têm apostado em protocolos e parcerias nos serviços de saúde, articulando simultaneamente a formação e treino dos profissionais (García-Moreno et al., 2014).

A triagem é encarada como sendo uma forma de sensibilizar os profissionais de saúde para o fenómeno em questão, estimulando um processo de cuidado e de encaminhamento ao identificar as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres (Wathen & McMillan, 2012). Perante a inexistência de uma estratégia de triagem universal, uma abordagem muito utilizada no sistema de saúde de vários países, é o de verificar diariamente a presença de sinais ou sintomas de abuso nas mulheres que frequentam os cuidados de saúde. Este tipo de diagnóstico requer que os profissionais de saúde estejam conscientes daquilo que devem prestar maior atenção, como a observação de abusos físicos ou psicológicos (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan, 2007).

A triagem deverá ser efetuada através de questionamentos a todas as pacientes de sexo feminino, sendo que estas serão selecionadas consoantes os serviços que frequentam (e.g. serviços de urgência, pré-natal). Esta abordagem pretende facilitar a identificação e a resposta, por parte dos profissionais, às sobreviventes. Caso as mulheres respondem afirmativamente às perguntas acerca da violência doméstica, as questões seguintes apenas prosseguem se a mulher assim o desejar. É preciso salientar que este rastreio apenas acontece se a pessoa estiver sozinha (Gutmanis et al., 2007).

Segundo Hamberger et al. (2004), de forma a auxiliar a triagem, são empregues estratégias para abordar este tema que poderão suscitar receio por parte dos profissionais e, também, das mulheres. É fulcral os profissionais estarem preparados e terem os conhecimentos necessários sobre a violência doméstica contra as mulheres, sendo uma etapa importante informar às sobreviventes de que será assegurada a confidencialidade. Para além disso, são facultados cartões que contém informações sobre uma linha de apoio de 24 horas e

palavras-chave. O respetivo cartão é de um tamanho discreto e é entregue a todas as mulheres, pretendendo também fazer uma prevenção deste fenómeno. Ainda, existe a política de que apenas as mulheres que estão sozinhas é que são alvo de triagem, de modo a não as colocar em perigo. Todo este trabalho é desenvolvido em parceria com outros serviços da comunidade (Gutmanis et al., 2007).

Contudo, ainda permanecem várias barreiras na triagem das sobreviventes de violência doméstica, devido à apreensão por parte dos profissionais de saúde em ofender a pessoa, à falta de conhecimentos e pelo medo de que as pacientes não sigam os seus conselhos. Deste modo, vários autores defendem que é imprescindível o treino e a formação dos profissionais de saúde para auxiliar os mesmos quando defrontados com uma mulher que sofre de violência doméstica (Hamberger et al., 2004). Este treino é fulcral para conferir conhecimentos e as noções sobre esta temática e para fazer com que os profissionais de saúde apreendam que a violência doméstica é um problema médico, sendo necessária muita eficácia na identificação e na triagem. Outra razão pelo qual a formação é tão importante para os profissionais de saúde é o facto de esta estar associada a sentimentos de autoeficácia na identificação das sobreviventes de violência doméstica (Hamberger et al., 2004).

A formação e o treino dos profissionais de saúde, as questões simples e diretas, a implementação de protocolos, são aspetos que favorecem mudança na triagem, sendo a falta de formação, de questionários escritos, falta de tempo, ausência de protocolos e de suporte institucional, claros impedimentos à identificação e à triagem das sobreviventes (Gutmanis et al., 2007; Fishman, Bonomi, Anderson, Reid & Rivara, 2010).

As mulheres que sofrem deste fenómeno apresentam diferentes níveis de preparação para enfrentar a questão da violência doméstica. Ou seja, as mulheres que têm filhos podem estar mais preparadas para frequentar os serviços de saúde do que as mulheres que não têm, mesmo que se sintam ameaçadas pelo parceiro violento. Quando as mulheres têm filhos, os profissionais de saúde deverão fazer encaminhamentos, quer da mulher, quer dos seus filhos para outros serviços da comunidade (Wathen & McMillan, 2012).

Os profissionais de saúde devem ter muita precaução na identificação das mulheres, tendo em conta a sua saúde física e mental, tendo o cuidado de realizar a rotina de triagem em privado para não colocar a mulher em perigo. Para além disso, torna-se benéfico quando os profissionais têm conhecimentos sobre os outros serviços da comunidade que prestam apoio às sobreviventes de violência doméstica (Berg et al., 2004).

As mulheres que são identificadas devem receber documentação sobre a situação de violência doméstica, bem como as evidências físicas do abuso, como fotografias e mapas do corpo. Também devem receber tratamento para as lesões, aconselhamento psicológico e o número de telefone de centros de crise, casas abrigo e de instituições que têm como objetivo auxiliar as sobreviventes de violência doméstica (Berg et al., 2004).

Existe uma relação positiva entre a formação dos profissionais de saúde e uma maior aderência aos protocolos de triagem nos sistemas de saúde. De acordo com Colarossi et al. (2010), os profissionais que detêm formação e treino na violência doméstica, fazem com mais frequência a identificação de sobreviventes, aumentando os sentimentos de preparação para inquirir as pessoas sobre esta questão. Contudo, esta intervenção é ainda mais eficaz quando na instituição existe um protocolo a cumprir e a presença de um profissional social (Colarossi et al., 2010).

As mulheres, geralmente, tendem a evitar denunciar uma situação de violência doméstica nos cuidados de saúde, contudo, quando questionadas acerca desta situação, tem mais tendência de fazer a denúncia. No estudo de Zink et al., (2006 citado por Natan, Ari, Bader, Hallak, 2011) 7.3% das mulheres reportam situações de abuso, comparativamente a 29.3% que denunciam apenas quando são questionadas pelos profissionais de saúde. Deste modo, para facilitar o reconhecimento das sobreviventes têm sido desenvolvidos inúmeros instrumentos, como é o caso de *HITS (Hurt, Insulted, Threatened, Screamed at)*, *Partner Abuse Interview* e *Women's Experience with Battering*. Também outras escalas tem sido desenvolvidas para este fim, como *Caregiver Abuse Screen (CASE)* e a *Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (HSEAST)* (Berg et al., 2004).

Para que os profissionais de saúde possam ajudar a identificar e a prestar apoio às sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, não nos podemos cingir apenas nos problemas individuais dos prestadores de saúde no processo de triagem, mas também ter em conta outros fatores que influenciam este processo, como por exemplo o contexto organizacional (Campbell et al., 2001; Allen et al., 2007).

A execução das reformas, no âmbito das configurações organizacionais, dependem do suporte existente para a mudança, sendo necessário, por parte da organização, um clima para a implementação das mesmas (Klein & Sorra, 1997 citado por Allen et al., 2007). O ambiente de suporte tem um papel importante nesta reforma, como por exemplo a existência de protocolos de intervenção na triagem da violência doméstica contra as mulheres, a

exposição de *posters* e listas que facilitem a intervenção dos profissionais após a identificação das sobreviventes (Campbell et al., 2001; Allen et al., 2007).

De acordo com Allen et al. (2007), podemos afirmar que existem cinco componentes fulcrais que podem influenciar na implementação de reformas nas triagens deste fenómeno: a) incentivos dados para a implementação; b) remover incentivos quando não existe a implementação; c) remover as barreiras existentes que possam dificultar a respetiva implementação; d) disponibilização de recursos que apoiem a triagem; e) suporte manifestado por parte dos superiores. No contexto organizacional, a identificação destas componentes é essencial no processo de reforma, facilitando a implementação de práticas de triagem nos serviços de saúde, melhorando conseqüentemente, o apoio prestado às sobreviventes. Deste modo, a reforma no sistema de cuidados de saúde e na mudança de sistemas deve envolver cuidado a vários níveis, salientando não só os indivíduos que trabalham nos sistemas de saúde, mas também outros fatores associados ao sistema de saúde (Allen et al., 2007).

No sistema de saúde, a melhor forma para identificar as sobreviventes, ainda está por apurar. Apesar do crescente número de estudos nesta área, estes ainda não são suficientes para delinear uma triagem universal eficaz para a identificação das mulheres expostas à violência doméstica, devido, principalmente, à escassa avaliação das intervenções a que as mulheres sobreviventes são submetidas (Gutmanis et al., 2007).

3. Método

3.1. Enquadramento do Estudo

Este estudo pretende dar uma perspetiva sobre as mudanças que têm vindo a ocorrer na violência doméstica contra as mulheres, sendo importante perceber o papel dos profissionais, nesta mudança. Para isso, foram utilizados questionários aplicados *online* que continham questões relacionadas com a *Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres*.

Para um melhor entendimento acerca do papel dos profissionais, são evidenciadas no estudo três áreas de divisão profissional: Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde.

3.2. Objetivos e Questões da Investigação

O objetivo primordial da presente investigação é o de verificar se as mudanças que têm ocorrido na abordagem da violência doméstica contra as mulheres estão relacionadas com a formação, os conhecimentos e os comportamentos dos profissionais.

Questões de investigação:

- a) *Existem diferenças entre os vários grupos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres quanto à sua preparação?*
- b) *Existem diferenças entre os vários grupos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres quanto ao número de horas de formação sobre a violência doméstica?*
- c) *Em que medida, o conhecimento dos profissionais está associado à frequência com que estes perguntam sobre a violência doméstica contra as mulheres?*
- d) *Em que medida, o número de horas de formação está associado ao conhecimento dos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres?*
- e) *Em que medida, o número de horas de formação está associado à autoeficácia dos profissionais que intervêm em situação de violência doméstica contra a mulher?*

3.3. Design do Estudo

No que diz respeito ao delineamento e análise de dados, neste estudo, optou-se por um estudo quantitativo, de carácter descritivo, comparativo e correlacional.

Num primeiro momento, são realizadas análises descritivas dos participantes do estudo para compreendermos, de modo geral, a amostra da presente investigação. Seguidamente decidiu-se realizar uma análise comparativa, através de testes de diferenças de duas ou mais médias populacionais (ANOVA *oneway*).

Por fim, o estudo apresenta um *design* correlacional, uma vez que se pretende analisar se existe uma associação entre as variáveis *conhecimento e frequência*; *número de horas de formação e conhecimento*; e *número de horas e opiniões de autoeficácia*, qual o tipo de associação e qual a intensidade. Não é assumida uma variável como sendo dependente e outra como sendo independente, não havendo causa-efeito (Marôco, 2014a).

3.4.Participantes

O presente trabalho recolheu uma amostra de 1488 participantes que lidam com situações de violência doméstica contra as mulheres, dos quais serão utilizados 585. Os restantes questionários não foram utilizados para a presente investigação, dado que não foram concluídos, não permitindo a sua validação.

O método de amostragem é não probabilístico, dado que a probabilidade de cada elemento da população fazer parte da amostra não é conhecida, e por conveniência, pois a

amostra foi selecionada em função da disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a população (Marôco, 2014b).

Estatísticas Descritivas da Amostra

A tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas da amostra. Dos participantes, 377 (64.4%) são do sexo feminino e 208 (35.6%) do sexo masculino, dando um total de 585 participantes. A maioria dos participantes é da região do Norte de Portugal (20.7%) e trabalham, grande parte, nos Órgãos de Polícia Criminal (23.6%).

Tabela 1.

Estatística Descritiva referente a Dados Sociodemográficos dos Participantes

	<i>N (%)</i>
Sexo	
Homem	35.6%
Mulher	64.4%
Idade	
22-39	54%
40-57	42.4%
58-75	3.6%
Residência	
Norte	20.7%
Centro	25.5%
Lisboa	14.5%
Sul	10.4%
Açores	12.8%
Madeira	16.1%
Área Profissional	
Medicina Interna	1%
Psiquiatria	.5%
Ginecologia/Obstetrícia	1.9%
Pediatria	.5%
Enfermagem	18.5%
Magistrada	3.1%
Advocacia	2.9%
Órgãos de Polícia Criminal	23.6%
Psicologia	16.8%
Serviço Social	14%
Outra	17.3%

A tabela 2 mostra-nos a caracterização da amostra, quanto à área profissional que se encontra dividida em Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde.

Torna-se necessário referir os casos omissos, constituídos por 31 participantes que não constam nas áreas de divisão profissional de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde, não entrando deste modo para as análises realizadas.

A área de Segurança e Justiça é composta por 183 participantes, cuja idade média é de 39.8 anos. Quanto à residência, 33.9% são da região Centro e 28.4% da região Norte. O local de trabalho conta com 47.5% pertencente à “Guarda Nacional Republicana (GNR)” e 26.2% da “Polícia de Segurança Pública (PSP)”. Por sua vez, 54.1% dos participantes da Segurança e Justiça responderam que atendem em média por semana, um número “inferior a 20 indivíduos”. Quanto à pergunta sobre o número de profissionais que no seu local de trabalho tiveram formação na área da violência doméstica contra as mulheres, 32.8% responderam “poucos”, 20.8% “ nenhuns” e 20.2% “a maioria”.

A Proteção e Integração Social é composta por uma amostra de 105 participantes, sendo a idade média 39.5 anos. No que diz respeito à residência, 29.5% são da região Açores e 22.9% da região Norte. O local de trabalho “Câmara Municipal” é aquele que conta com a percentagem mais elevada 27.6%, sendo seguido pelos “Centros de Atendimento e Institutos de Solidariedade Social”, tendo ambos 15.2% dos participantes. Quanto ao número médio de pessoas que estes profissionais atendem por semana, 58.1% responderam que atendem em média “menos de 20 pessoas” por semana e 18.1% respondeu entre “20 a 39 pessoas” em média por semana. Relativamente ao número de profissionais que tiveram formação sobre a violência doméstica contra as mulheres, 37.1% responderam “poucos”, 35.2% “ nenhuns” e 11.4% “não sei”.

A área de divisão profissional Saúde é formada por 266 participantes, tendo como média de idade 38.2 anos. A residência corresponde 25.6% a Lisboa e 20.3% à região do Centro. As opções “Centros de Saúde” e “Hospitais” foram os locais de trabalho mais respondidos, respetivamente com 44.7% e 21.4%. Esta amostra de profissionais respondeu 32% que atendem em média “menos de 20 pessoas” e 30.5% “superior a 60”. Por fim, quanto à pergunta “nos últimos seis meses, quantos profissionais no seu local de trabalho tiveram formação na área de violência doméstica contra as mulheres” 35.3% responderam “ nenhuns”, 25.9% “poucos” e 24.4% “não sei”.

No tipo de formação que os profissionais possuem sobre este fenómeno, à opção “nenhum” assinalaram 17% (Segurança e Justiça), 5.7% (Proteção e Integração Social) e 2.9% (Saúde). À opção de formação “conferências/palestras” responderam 42.1% (Segurança e Justiça), 61.9% (Proteção e Integração Social) e 43.2% (Saúde).

Quanto às opiniões de autoeficácia dos profissionais (secção IV - opiniões), ao item 2 “pergunto a todas as pessoas que atendo sobre o seu historial de violência face a situações de violência nas relações de intimidade” responderam “concordo fortemente” 19.7%, 10.5%, 8.3% os profissionais da área de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde, respetivamente. No item 9 (Sinto-me confortável ao falar sobre violência doméstica contra as mulheres), os profissionais responderam à opção “concordo moderadamente” 20.2% (Segurança e Justiça) 20% (Proteção e Integração Social) e 19.5% (Saúde). No item 14 “sou capaz de recolher as informações necessárias para identificar violência doméstica contra as mulheres como causa de outros problemas” à mesma opção responderam 21.9%, 26.7% e 23.3% (Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde).

Nas questões práticas (secção V), à pergunta “quantos casos de violência doméstica contra as mulheres atendeu nos últimos seis meses”, 28.4% dos profissionais da área de Segurança e Justiça responderam “entre 1 a 5”, enquanto 30.5% dos profissionais da área de Proteção e Integração Social e 30.5% dos profissionais da área da Saúde responderam ao mesmo item. À opção “mais de 21” responderam 19.2%, 14.3% e 12% (profissionais da área de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde). Nesta mesma secção, ao item “está familiarizado com as políticas da sua instituição para o atendimento a sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres, responderam “sim” 77.6% (área da Segurança e Justiça), 49.5% (área da Proteção e Integração Social) e 47.4% (área da Saúde).

Tabela 2.

Análise Descritiva referente à Área de Divisão Profissional

	Segurança e Justiça	Proteção e Integração Social	Saúde
	(n= 183)	(n=105)	(n=266)
	n (%)	n (%)	n (%)
	Idade		
	39.8	39.5	38.2
	Residência		
Norte	28.4%	22.9%	13.9%
Centro	33.9%	20%	20.3%

Lisboa	4.9%	3.8%	25.6%
Sul	17.5%	7.6%	7.9%
Açores	2.2%	29.5%	19.9%
Madeira	13.1%	16.2%	12.4%
Local de Trabalho			
Centros de atendimento	1.8%	15.2%	12.4%
Casas Abrigo	-	9.5%	4.1%
Instituições de Solidariedade Social	.5%	15.2%	3%
Câmara Municipal	0.5%	27.6%	4.9%
GNR	47.5%	-	.4%
PSP	26.2%	1%	-
Polícia Judiciária	1.6%	-	.8%
Serviços de Ministério Público/Tribunais	15.8%	-	.4%
Gabinete de Consulta Jurídica	3.8%	-	-
Serviço Social	-	12.4%	.4%
Institutos de Medicina Legal	1.1%	-	1.5%
Institutos de Reinserção Social	.5%	2.9%	2.3%
Centros de Saúde	.5%	4.8%	44.7%
Hospitais	-	1%	21.4%
Outro	-	10.5%	3.8%
Indivíduos Atendidos por Semana			
Inferior a 20	54.1%	58.1%	32%
Entre 20 a 39	14.8%	18.1%	20.3%
Entre 40 e 59	3.3%	2.9%	7.1%
Superior a 60	5.5%	3.8%	30.5%
Não atendo	22.4%	17.1%	10.2%
Profissionais com Formação			
Todos	10.4%	6.7%	4.1%
A maioria	20.2%	9.5%	10.2%
Poucos	32.8%	37.1%	25.9%
Nenhuns	20.8%	35.2%	35.3%
Não sei	15.8%	11.4%	24.4%

3.5.O Instrumento

O instrumento Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS) elaborado e validado por Short, Alpert, Harris e Surprenant (2006), foi traduzido para português, após o pedido de autorização aos respetivos autores. Depois desta mesma tradução, o questionário passou a ser dominado de *Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres* (anexo I).

O questionário está organizado em 5 partes, ou seja, a secção I é formada pelos dados sociodemográficos, a II secção aborda questões relativas à formação dos profissionais, a

secção III diz respeito ao conhecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres, a secção IV compreende questões sobre as opiniões e a secção V a questões práticas.

Na secção dos dados sociodemográficos, foram acrescentados 1 item, retirados 3 itens e alterados 2 itens, de forma a adaptar o questionário para a população em estudo.

As opções de resposta caracterizam-se por respostas fechadas, detalhando 21 respostas de escolha múltipla, 3 de resposta aberta, 1 de resposta verdadeiro e falso, 2 de resposta tipo *likert* de 1 a 7, em que 1 significa “Discordo fortemente” 7 “concordo fortemente”, 1 de resposta tipo *likert* de 1 a 6, em que 1 corresponde a “Nada” e 6 a “Não Aplicável” e ainda 1 questão de resposta de correspondência.

Foi verificada a consistência interna do instrumento através do teste Alpha (α) de Cronbach (anexo II). Segundo Nunally (citado por Marôco & Garcia-Marques, 2006) um instrumento é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando $\alpha \geq .70$. Através dos dados obtidos, podemos concluir que o instrumento tem uma boa consistência interna (Field, 2005).

3.6.Procedimento

O primeiro passo realizado foi o pedido de autorização aos autores do questionário – Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS) de Short, Alpert, Harris e Surprenant (2006), o qual foi concedido.

Procedeu-se à tradução individual do questionário. Posteriormente, a equipa de investigação reuniu-se de modo a elaborar em conjunto uma única proposta da tradução do respetivo instrumento. Nesta reunião foram introduzidas novas alterações, sendo adaptada uma linguagem mais apropriada aos serviços que são alvo deste estudo.

Após este passo, e de forma a averiguar novamente a tradução mais adequada, a equipa de investigação reuniu-se com um grupo de peritos, juntamente com o professor José H. Ornelas para debaterem sobre a compreensibilidade do questionário. Para além disso, foi realizado um pré-teste com dez pessoas em contexto de sala de aula do Seminário de Dissertação e, de modo *online*, prosseguindo-se depois à validação do instrumento.

A recolha de dados ocorreu entre os meses de março e setembro de 2015, realizada de modo *online*, através do programa disponibilizado via internet *Qualtrics – research suite*.

O questionário foi aplicado através do correio eletrónico, de acordo com o referencial da CIG (Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género), para os endereços de serviços

que, de alguma forma, lidam com a questão da violência doméstica contra as mulheres. Foi utilizada a abordagem de *snowball sampling*, de modo a alcançar um maior número de participantes, sendo também ideal de ser utilizada quando se tratam de temas sensíveis, como é o caso do presente estudo (Browne, 2005).

Os serviços que receberam o respetivo *email* que continha o questionário, foram convidados a divulgarem o mesmo, através da disponibilização do *link* de acesso.

Os participantes foram clarificados quanto ao objetivo do estudo em questão, sendo pedida a sua colaboração na melhoria de respostas de situações de violência doméstica contra as mulheres. Foi explicado que a participação no estudo é voluntária e que poderiam desistir a qualquer momento. Para além disso, houve a preocupação de informar os participantes que toda a informação é confidencial.

A análise dos dados foi feita com o *software IBM SPSS Statistics 22*.

4. Resultados

Sendo um dos objetivos deste estudo verificar se *existem diferenças entre os vários grupos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres quanto à preparação e se existem diferenças entre os vários grupos profissionais quanto ao número de horas de formação*, procedeu-se a uma análise da variância (ANOVA *oneway*).

Os pressupostos das análises foram verificados previamente, atendendo à normalidade das variáveis, que dada a elevada dimensão da amostra foi assumida a partir do teorema do Limite Central, tendo ainda em conta os valores de assimetria e curtose ($|sk| < 3$ e $|Ku| < 7$), que indicaram não existirem desvios severos à normalidade da distribuição das variáveis em análise neste estudo (Kline, 1998 citado por Marôco, 2014a).

Recorreu-se ainda ao teste de LEvene para verificação da homogeneidade das variâncias, tendo-se recorrido à correção de Welch (F_w) sempre que se verificassem problemas a este nível, uma vez que este teste constitui uma alternativa robusta quando as amostras apresentam uma dimensão discrepante ou problemas de heterocedasticidade (Marôco, 2014a).

Relativamente às análises Post-hoc, sempre que a homogeneidade das variâncias foi confirmada através do teste de LEvene, reportaram-se os resultados dos testes Post-hoc de Bonferroni ou de Games-Howell, quando a igualdade das variâncias não pode ser assumida.

É fulcral referir previamente que o n da amostra das análises irá variar, dado que o número de participantes nas áreas de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde são diferentes. Outro fator que contribui para a variação do n , deve-se a várias questões do questionário que permitia como opção “não se aplica”, fazendo com que este oscile previsivelmente.

De forma a respondermos à primeira questão de pesquisa, verificou-se se existem diferenças entre os vários grupos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres quanto à *preparação* para detetar e intervir em situações deste tipo. A tabela 3 apresenta a comparação entre os profissionais da área de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde quanto às suas opiniões de preparação para intervir perante este fenómeno.

Tabela 3.

ANOVA one way entre Opiniões Preparação e Área de Divisão Profissional

	SJ (n = 183)		PIS (n = 105)		S (n = 266)		<i>F(w)</i>	<i>P</i>	<i>Post-Hoc</i>
	M	DP	M	DP	M	DP			
Opiniões Preparação	4.88	.94	4.55	.89	4.23	.97	24.682	.000	SJ>PIS>S

Nota: SJ – Segurança e Justiça; PIS – Proteção e Integração Social; S – Saúde.

Podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos profissionais quanto às suas *opiniões* relativamente à *preparação* para intervir em situações de violência, dado que $F_w(2; 279.529) = 24.682$; $p = .000$). Assim, procedeu-se à análise das diferenças (Post-Hoc) através do teste de Bonferroni, do qual podemos assumir que as médias dos profissionais da Segurança e Justiça são significativamente maiores que os profissionais da Proteção e Inserção Social, que são significativamente maiores que dos profissionais da Saúde.

Pretende-se, ainda, verificar se existem diferenças nas *horas de formação* nos diferentes grupos profissionais que lidam com a violência doméstica contra as mulheres. A tabela 4 mostra-nos a comparação entre os profissionais das diferentes áreas no que diz respeito ao número de horas de formação.

Tabela 4.

ANOVA *oneway* entre Horas de Formação e Área de Divisão Profissional

	SJ (n = 177)		PIS (n = 102)		S (n = 260)		F(w)	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Horas de Formação	62.68	92.60	70.36	116.96	65.96	109.50	.171	.843

Nota: SJ – Segurança e Justiça; PIS – Proteção e Integração Social; S – Saúde.

Tal como podemos observar na tabela 4, $F_w(2; 258.239) = .171$; $p = .843$). Assim, dado que a significância é maior do que .05, pode-se assumir que não existem diferenças nas horas de formação entre os vários grupos de áreas profissionais.

Torna-se importante para este estudo, perceber se *o conhecimento* dos profissionais está associado à *frequência* com que estes perguntam sobre a violência doméstica contra as mulheres. Para verificar a associação entre estas variáveis, procedeu-se a uma análise de correlação, cujos resultados indicam que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre as variáveis ($r = .397$; $p < .01$). Assim, pode-se afirmar que os valores elevados de *conhecimento* estão associados com valores elevados de *frequência*. Isto é, quanto maiores os níveis de *conhecimento*, maiores os níveis de *frequência* com que perguntam sobre violência doméstica contra as mulheres (tabela 5).

Tabela 5.

Coeficiente de correlação de Pearson entre o Conhecimento e a Frequência

	Conhecimento	Frequência
Conhecimento	Correlação de Pearson	1
		.397*
	p (2 extremidades)	.000

*. A correlação é significativa no nível .01 (bi-caudal).

De modo a verificar se o *número de horas de formação* está associado ao *conhecimento* dos profissionais procedeu-se à análise de correlação, cujos resultados obtidos indicam que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre as *horas de formação* e *conhecimento* ($r = .341$; $p < .01$). Assim, de acordo com os resultados expostos na tabela 6, pode-se afirmar que valores elevados de *número de horas de formação*

estão associados com valores elevados de *conhecimento*. Isto é, quanto maiores os níveis de *número de horas*, maiores os níveis de *conhecimento*.

Tabela 6.

Coeficiente de correlação de Pearson entre as Horas de Formação e o Conhecimento

		Horas de Formação	Conhecimento
Horas de Formação	Correlação de Pearson	1	.341*
	<i>p</i> (2 extremidades)		.000

*. A correlação é significativa no nível .01 (bi-caudal).

Por sua vez, para averiguar se existe uma associação entre o *número de horas de formação* e a *autoeficácia* dos profissionais que lidam com este fenómeno, foi realizada uma análise de correlação apresentada na tabela 7. Os resultados obtidos permitem inferir que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre o *número de horas de formação* e a *autoeficácia* ($r=.390$; $p < .01$). Assim, pode-se afirmar que os valores elevados de *horas de formação* estão associados com valores elevados de *autoeficácia*. Ou seja, quanto maiores os níveis de *número de hora de formação*, maiores os níveis de *autoeficácia* dos profissionais que intervêm em situações de violência doméstica contra as mulheres.

Tabela 7.

Coeficiente de correlação de Pearson entre Horas de Formação e Opiniões de Autoeficácia

		Horas de Formação	Opiniões Autoeficácia
Horas de Formação	Correlação de Pearson	1	.390*
	<i>p</i> (2 extremidades)		.000

*. A correlação é significativa no nível .01 (bi-caudal).

5. Análise e Discussão dos Resultados

A abordagem quantitativa do presente estudo possibilita entender que existem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos grupos profissionais quanto às suas *opiniões de preparação* para intervir na violência doméstica contra as mulheres. Também permite verificar que não existem diferenças *nas horas de formação* entre os vários grupos de áreas profissionais. Quanto às análises de associação, podemos conferir que existe uma

associação entre o *conhecimento e frequência*; *número de horas de formação e conhecimento*; e *número de horas e autoeficácia*.

No que diz respeito à primeira questão de investigação, verificou-se que as médias dos profissionais da Segurança e Justiça são significativamente maiores que os profissionais da Proteção e Inserção Social, que por sua vez, são maiores que dos profissionais da Saúde. Isto é, os profissionais de Segurança e Justiça são aqueles que referem ter mais preparação na intervenção deste fenómeno. De modo a compreendermos este resultado, importa observarmos os itens que fazem parte da subescala das Opiniões de Preparação, tendo sido estes itens invertidos. Esta escala varia entre “discordo fortemente” e “concordo fortemente”. Assim, no item 6 (não tenho formação suficiente para responder face a uma situação de violência doméstica contra as mulheres), os profissionais da área de Segurança e Justiça responderam à opção “discordo fortemente” 31.7%, os participantes da área de Proteção e Integração Social responderam 23.8% e a área de Saúde teve como resultado 15.4%.

No item 10a (não tenho competência para falar sobre violência doméstica com vítimas do sexo feminino), à opção “discordo fortemente” os profissionais da área de Segurança e Justiça responderam 43.2%, a área de Proteção e Integração Social 28.6% e Saúde 21.8%. No item 10b (não tenho competência para falar sobre violência doméstica com vítimas do sexo masculino) foi respondido “discordo fortemente” 43.2%, 23.8% e 17.7% pelos profissionais da área de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde, respetivamente. No item 10c (não tenho competências para falar sobre violência doméstica com vítimas de outras etnias ou culturas) à opção “discordo fortemente” responderam 39.4% (Segurança e Justiça), 19% (Proteção e Integração Social) e 15.4% (Saúde). Quanto ao item 28 da subescala das *opiniões de preparação* (os profissionais não tem conhecimento adequado para apoiar as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres a lidar com a situação) responderam à opção “discordo fortemente”, 13.7%, 5.7%, 6.8% (Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde). Assim, ao analisarmos estes resultados, podemos constatar que existem diferenças nas *opiniões* sobre a *preparação* entre os vários profissionais, sendo que com uma maior frequência, os profissionais de Segurança e Justiça respondem que discordam com os itens que procuram conferir se os profissionais não têm formação, nem competência, nem conhecimento para atender sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Estes resultados mostram que estes profissionais são aqueles que, de acordo com as suas opiniões, encontram-se mais preparados para lidar com este fenómeno. De acordo com Lawoko et al. (2006) o conhecimento é uma condição importante

para a preparação do profissional, sendo necessária a formação e o treino destes para aumentar a capacidade para responderem a situações de violência doméstica contra as mulheres. Apesar das reformas realizadas nas diferentes áreas, os profissionais continuam a referir que não possuem informação suficiente para intervir junto da mulher, não se sentindo preparados, resultando numa baixa identificação desta problemática (Danis, 2003).

No que diz respeito à pergunta de investigação sobre as diferenças nas *horas de formação* entre os *vários grupos profissionais*, podemos verificar que não existem divergências, o que poderá querer dizer que os profissionais das áreas da Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde têm um número similar de horas de formação. De forma a compreendermos melhor esta situação, podemos analisar a pergunta 2 (secção II - Formação) que nos permite aferir que na área da Segurança e Justiça, os profissionais referiram ter em média 62.68 horas de formação. Por sua vez, os participantes que pertencem à área da Proteção e Integração Social têm em média 70.36 horas de formação, enquanto os profissionais de Saúde apresentam 65.96 horas de formação. De acordo com estes valores, podemos verificar que a média do número de horas de formação é similar, o que justifica o facto de não haver diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação das áreas profissionais. Este resultado está em concordância com a literatura, dado que os profissionais das várias áreas mencionam impedimentos nas suas intervenções perante as mulheres. Estas lacunas prendem-se com carência formação e conhecimento, falta de tempo, desconforto, medo de se envolverem no caso e receio de que a mulher não siga os seus conselhos (Danis, 2003; Hamberger et al., 2004).

Relativamente à associação entre o *conhecimento* dos profissionais e a *frequência* com que estes perguntam sobre a violência doméstica contra as mulheres, tendo em conta os resultados obtidos, podemos verificar que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre *conhecimento* e *frequência* ($r=.397$; $p < .01$). Assim, pode-se afirmar que os valores elevados de *conhecimento* estão associados com valores elevados de *frequência*. Ou seja, quanto maiores os níveis de *conhecimento*, maiores os níveis de *frequência* com que perguntam sobre esta situação. Os estudos de Cann et al. (2001) e de Qasen et al. (2012) concluem que quanto menor o conhecimento dos profissionais, menor é a deteção das sobreviventes, logo, menor a frequência com que perguntam sobre esta questão. Assim, segundo os resultados encontrados e tendo em conta os estudos de Cann et al. (2001) e de Qasen et al. (2012), o conhecimento está associado à frequência com que os profissionais perguntam sobre violência doméstica contra as mulheres, sendo indispensável para os

profissionais o mínimo de conhecimento e compreensão deste fenômeno para identificarem as mulheres e questionarem se sofrem de violência doméstica (Cann et al., 2001).

É fundamental os profissionais saberem documentar e perguntar sobre as lesões, aumentando, conseqüentemente a frequência com que perguntam sobre esta situação. Para além disso, permite que ofereçam os apoios apropriados a cada pessoa, sendo esta uma resposta multidisciplinar que requer os conhecimentos aprofundados sobre esta questão e sobre outras instituições e serviços que prestem apoios às sobreviventes (Cann et al., 2001). Assim, segundo Colarossi et al. (2010), pode-se afirmar que o conhecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres tem uma relação positiva com a frequência com que se pergunta sobre este fenômeno, e conseqüentemente com o aumento da identificação das sobreviventes.

Outro aspeto importante, neste estudo, foi perceber a associação entre o *número de horas de formação* e o *conhecimento* dos profissionais que intervêm na violência doméstica contra as mulheres. Através dos resultados encontrados pode-se afirmar que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre o *número de horas de formação* e *conhecimento* ($r=.341$; $p < .01$). Isto é, os valores elevados de *horas de formação* estão associados com valores elevados de *conhecimento*. Também o estudo de Feder (2011) mostra que uma formação, pelo menos, de quatro horas torna-se eficaz no aumento do conhecimento e na melhoria da gestão das sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres. Por sua vez, outro estudo na Holanda mostrou que um dia e meio de formação é indispensável para melhorar a sensibilização e identificação desta situação (Lo Fo Wong, Wester & Lagro-Janssen, 2006).

Para Ramsay et al. (2012), os profissionais sentem-se relutantes em perguntar sobre esta temática porque sentem que não possuem nem conhecimento nem treino suficiente. Por esta mesma razão, torna-se fulcral que os profissionais mantenham sempre o treino e a formação nesta área de forma a ampliarem os seus conhecimentos e combaterem as barreiras que se sobrepõem à identificação das mulheres (Colarossi et al., 2010). Ainda Ramsay et al. (2012) defende que o treino, através de formações, aumenta o conhecimento e a capacidade na intervenção da violência doméstica contra as mulheres.

O estudo de Cann et al. (2001) menciona que por mais protocolos e guias de orientação que existam para os profissionais, estes não irão ser eficazes, caso não sejam criadas condições de formação e de treino, para que os profissionais desenvolvam as suas competências de comunicação com as mulheres sobreviventes. Também o estudo de

Warburton, Hanif, Rowsell & Coulthard (2006) concluiu que o conhecimento sobre a violência doméstica contra as mulheres e as horas de formação estão interligadas, uma vez que no seu estudo, previamente ao treino e formação apenas 5% dos profissionais pensavam corretamente que as mulheres não se importavam que se perguntasse sobre violência doméstica, e depois do treino esta percentagem aumentou para 63%.

A quinta questão de investigação, sobre o *número de horas de formação* e a *autoeficácia* dos profissionais, permitiu concluir que existe uma correlação estatisticamente significativa moderada e positiva entre o *número de horas de formação* e a *autoeficácia* ($r=.390$; $p < .01$). A teoria da autoeficácia foi aplicada para treinar os profissionais de vastas áreas, desde psicólogos, médicos, enfermeiros, *advocates*, entre outros. Os profissionais que têm autoeficácia são aqueles que acreditam que são capazes de dar resposta às mulheres. A educação contínua e a formação estão positivamente associadas à autoeficácia, ou seja altos níveis de formação resultam em altos níveis de autoeficácia (Danis, 2004). O resultado encontrado no presente estudo está em conformidade com a revisão de literatura que nos diz que a formação continuada nesta área pode ser considerada um facilitador da autoeficácia dos profissionais. Apesar de no estudo de Danis (2004) a associação entre o número de horas de formação e a autoeficácia ser fraca, o autor defende que a formação e o treino são imprescindíveis para a autoeficácia dos profissionais, uma vez que contribuem para aumento da capacidade dos mesmos em responder a específicos problemas, novas situações e novas tecnologias. Também o estudo de Gutmanis et al. (2006) refere que o treino e a experiência dos profissionais estão associados ao aumento dos sentimentos de autoeficácia, que se refletem num maior sentimento de preparação e mais autoconfiança para lidar com as sobreviventes. Concludentemente, o aumento da autoeficácia permite também uma diminuição da ansiedade e das consequências negativas de perguntar sobre violência doméstica (Gutmanis et al., 2006). Para Gadomski (2001) o treino e a formação aumentam as capacidades dos profissionais interagirem com mais eficácia com as sobreviventes, facilitando o seu papel como membros multidisciplinares na resposta a esta situação.

Os resultados encontrados suportam a necessidade de haver um treino contínuo, de forma a aumentar as competências, atitudes, comportamentos e os conhecimentos. Assim, torna-se imprescindível a urgência de haver uma interdisciplinaridade entre os demais profissionais, de forma a encorajar a identificação da sobrevivente de violência doméstica contra as mulheres (Papadakaki, Prokopiadou, Petridou, Kogevinas & Lionis, 2012).

6. Conclusões

A violência doméstica contra as mulheres é um fenómeno universal que necessita de uma resposta multidisciplinar por parte dos profissionais que intervêm nesta situação (Murray et al., 2015). Nos últimos anos, tem havido um progresso na sua abordagem, através da implementação de programas de treino e formação, que tem como objetivo melhorar a capacidade de resposta dos profissionais que lidam com esta temática (Danis, 2003).

O sistema de Segurança e Justiça tem vindo a progredir na resposta a este fenómeno, de forma a intensificar a punição por crimes contra as mulheres, através do aumento do tempo de sentença e da criação de novas categorias para os crimes. Os profissionais de Proteção e Justiça são aqueles que, de acordo com a presente investigação, se sentem mais preparados para intervir em situações de violência doméstica contra as mulheres, apresentando médias superiores às restantes áreas profissionais. Ou seja, os profissionais de Segurança e Justiça são aqueles que mais frequentemente discordam com os itens da escala das opiniões de preparação que procuram conferir se estes não têm formação, nem conhecimento para intervir junto da população em questão. Podemos observar esta situação através da análise dos itens da escala das opiniões de preparação que, por exemplo, no item 6 “não tenho formação suficiente para responder face a uma situação de violência doméstica contra as mulheres”, os profissionais desta área responderam 31.7% à opção “discordo fortemente.” Os resultados do presente estudo mostram que se tem verificado alterações nesta área, tanto nas práticas de intervenção utilizadas pelas forças de segurança, como no comportamento dos profissionais perante os parceiros violentos e as sobreviventes. Outrora, era frequente dificultar-se o procedimento de apresentação de queixa contra o parceiro violento, por parte de alguns profissionais, todavia, a implementação de novas leis e políticas contra a violência doméstica contra as mulheres, alterou a forma de atuar das forças de segurança (Goodman & Epstein, 2011). Apesar destes resultados, os profissionais da área judicial, social e de saúde continuam a mencionar que não se sentem preparados para intervir junto da mulher, devido à falta de conhecimento (Danis, 2003; Spangaro, Zwi, Poulos & Man, 2010).

Os profissionais do sistema de Saúde, também estão numa posição relevante para perguntar sobre a história de violência, podendo conferir cuidados físicos e psicológicos (Spangaro et al., 2010; Papadakaki et al., 2012). Este serviço tem um papel importante na identificação e na resposta a situações deste género, não só devido ao impacto da violência doméstica contra as mulheres, mas também porque os cuidados de saúde têm como encaminhar para outros serviços que intervêm nesta situação (Warburton et al., 2006;

Roelens, Verstraelen, Egmond & Temmerman, 2006). Todavia, a identificação ocorre com pouca frequência, mesmo depois de ter sido aconselhada pelas instituições de saúde. São vários os fatores que podem contribuir para esta situação, desde a indisponibilidade de ferramentas adequadas para a triagem, como a falta de materiais informativos e a pouca, ou nenhuma, formação dos próprios profissionais neste assunto (Colarossi et al., 2010). Esta situação é evidenciada nos resultados do presente estudo, através da questão de investigação que procura verificar se existem diferenças na preparação dos profissionais para intervir. Esta questão permite-nos concluir que os profissionais de saúde são aqueles que se sentem menos preparados para lidar com situações de violência doméstica contra as mulheres. Podemos verificar na subescala das opiniões de preparação, que são estes os profissionais que respondem com mais frequência que não se sentem capazes para intervir neste tipo de situação. No item 28 (os profissionais não tem conhecimento adequado para apoiar as sobreviventes de violência doméstica contra as mulheres a lidar com a situação) 24.4% dos profissionais responderam à opção “concordo moderadamente.” Também na questão 3 (secção II) sobre a percepção de preparação, os profissionais de saúde responderam 18.4% que se sentem “muito pouco” preparados para “apoiar a sobrevivente de violência doméstica contra as mulheres na elaboração de um plano de segurança” (item 8). Estes resultados vão de acordo com a literatura que refere que apesar de se notar uma melhoria na resposta por parte da área de saúde e das restantes, ainda existem lacunas no conhecimento, comportamento e atitudes que poderão ser melhoradas através do treino e formação (Wathen & McMillan, 2012).

Os profissionais, das três áreas, têm vindo a apostar na sua formação, de modo a se sentirem mais capazes para intervir com situações de violência doméstica contra as mulheres. Como pode-se verificar no presente estudo, as horas de formação das áreas profissionais não diferem. Ou seja, através da análise da pergunta 2 da secção da Formação, pode-se notar que na área da Segurança e Justiça, os profissionais têm em média 62.68 horas de formação, os participantes da área da Proteção e Integração Social têm em média 70.36 horas de formação, enquanto os profissionais de Saúde apresentam 65.96 horas de formação. Estes resultados permitem assumir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o número de horas de formação das áreas profissionais. Porém, apesar de não haver diferenças significativas, ainda continuam a permanecer aspetos que dificultam a intervenção do profissional, mas que podem ser ultrapassados a partir de uma educação multifacetada e institucional que contribuem para uma melhoria no comportamento dos profissionais em relação a este fenómeno (Zaher, Keogh & Ratnapalan, 2014).

Embora as diferenças, entre as horas de formação dos profissionais, não sejam significativas, podemos observar que os profissionais da área de Proteção e Integração Social são os que apresentam, em média, um número mais elevado de horas de formação (70.36 horas). A área social é essencial em situações de violência doméstica contra as mulheres, dado que este serviço é facilmente encontrado nos hospitais, centros de saúde, escolas e serviços humanos, sendo elevada a probabilidade de se ter contacto com as mulheres que sofrem deste fenómeno (Danis, 2003). O envolvimento dos profissionais sociais é fulcral na intervenção e gestão desta temática. Contudo, ainda que sejam muitos os esforços realizados, frequentemente os profissionais alegam não ter tempo para priorizar o problema de violência contra as mulheres (Danis, 2003).

O facto de o profissional ter conhecimentos e noções sobre este fenómeno, permite que estes façam uma identificação mais eficaz das mulheres (Hamberger et al., 2004). O presente estudo possibilita constatar que o conhecimento está associado à frequência com que os profissionais perguntam sobre violência doméstica contra as mulheres ($r=.397$; $p < .01$), sendo fulcral para uma melhor resposta destes, o facto de possuírem conhecimentos e compreensão sobre esta temática. É essencial os profissionais saberem documentar e perguntar sobre as lesões, de modo a aumentar a frequência com que estes perguntam sobre esta situação. Ainda, permite que ofereçam os apoios apropriados, sendo esta uma resposta multidisciplinar que requer os conhecimentos aprofundados sobre esta questão e sobre outras instituições e serviços que prestem apoios às sobreviventes (Cann et al., 2001).

Neste estudo, também foi possível verificar que o conhecimento e as horas de formação estão associados ($r=.341$; $p < .01$). Este resultado reforça a importância dos profissionais manterem uma formação contínua para ampliarem os seus conhecimentos e combaterem as barreiras que se sobrepõem à identificação das mulheres (Lo Fo Wong, Wester & Lagro-Janssen, 2006; Colarossi et al., 2010). Assim, a aposta na formação e o consequente aumento do conhecimento terá um impacto colossal na forma como os profissionais intervêm em situações de violência doméstica contra as mulheres (Colarossi et al., 2010).

A formação sucessiva, na área em questão, pode ser considerada um facilitador da autoeficácia dos profissionais (Danis, 2004). Foi possível constatar que autoeficácia é, igualmente, importante para uma identificação das mulheres, estando associada à formação ($r=.390$; $p < .01$). Os profissionais que apresentam mais formação nesta área são aqueles que tem mais sentimentos de autoeficácia para lidar com situações de violência doméstica contra

as mulheres, sendo que o aumento dos sentimentos de autoeficácia refletem-se num maior sentimento de preparação e mais autoconfiança (Gutmanis et al., 2006).

Nos últimos anos tem havido uma reformulação deste fenómeno, contudo ainda são necessárias mudanças, no que diz respeito à formação, conhecimento e comportamento dos profissionais. É um desafio permanente fazer com que os profissionais tenham uma formação contínua, preparando-os para lidar mais eficazmente com possíveis situações de violência doméstica contra as mulheres. Apesar dos esforços neste sentido serem cada vez maiores, continua a haver carências a nível das atitudes, conhecimento e competências, que podem ser aperfeiçoadas através do treino e formação (Papadakaki et al., 2012).

O presente estudo permite-nos afirmar que mudanças na abordagem da violência doméstica contra as mulheres são possíveis, através da formação dos profissionais nesta área. Embora existam diferenças entre os diversos grupos profissionais quanto às suas opiniões de preparação, estas poderão ser melhoradas através do treino e formação que aumentam, consequentemente, o conhecimento e os sentimentos de autoeficácia para responder a situações destas. Para além disso, o aumento de formação e treino na área da violência doméstica contra as mulheres terá um forte impacto, não só no conhecimento dos profissionais como na frequência com que identificam as sobreviventes (Jaffee, Epling, Grant, Ghandour & Callendar, 2005).

O *design* de investigação deste estudo tem como objetivo medir os resultados obtidos por um grupo de participantes, num único momento. De modo a fortalecer as evidências dos resultados obtidos, considera-se pertinente a exploração de um estudo do tipo comparativo entre um grupo de participantes antes de obter treino e formação em violência doméstica contra as mulheres e depois deste mesmo treino e formação. Assim, um estudo do tipo longitudinal conseguirá contemplar com maior entendimento o impacto da formação e do conhecimento na frequência da deteção da violência doméstica por parte dos profissionais que intervêm nestas situações.

Ainda, seria uma mais-valia ponderar a validação para a população portuguesa do questionário utilizado nesta investigação, uma vez que iria permitir realizar comparações fiáveis do ponto de vista estatístico, isto é, entender se o constructo mede o que se propõe medir (Mâroco, 2014).

Apesar de existirem limitações na aplicação de um questionário *online*, para a presente investigação tornou-se vantajosa a divulgação do questionário utilizando a *web*

através do método de *snowball sampling* (Browne, 2005). Este método consiste em alcançar participantes que estão ligados a temas considerados sensíveis, como é o caso da violência doméstica contra as mulheres. Pode ser problemático alcançar participantes quando a pesquisa pretende sujeitos, grupos ou experiências específicos que não são validados pela sociedade. Assim, estudos com temas sensíveis poderão tirar partido deste método que possibilita contatar os participantes por via de outro (Browne, 2005).

Ainda seria relevante organizar as áreas de divisão profissional, como tendo para além das opções de Segurança e Justiça, de Proteção e Integração Social e de Saúde, a opção “outros.” A introdução desta alteração seria importante, pois iria permitir que não surgissem, nos resultados, valores *missing*, que não nos permitem utilizar toda a amostra do estudo. Também num próximo estudo dever-se-ia optar por um número de participantes igual em todas as áreas de divisão profissional, de modo a não haver uma grande oscilação no *n* da amostra, como aconteceu no estudo em questão.

O presente estudo permitiu concluir que as iniciativas de cooperação entre áreas tão variadas como a área de Segurança e Justiça, Proteção e Integração Social e Saúde, são indispensáveis para responder com eficácia a este fenómeno (Colarossi et al., 2010; Papadakaki et al., 2012). A formação, o conhecimento e os comportamentos terão um impacto importante na mudança da abordagem dos profissionais a estas situações. Contudo, para que estas alterações possam ocorrer, torna-se necessário desenvolver ações voltadas à prevenção e conferir formação e treino aos profissionais, de modo a aumentar a sua autoeficácia, conhecimento e prontidão na deteção e na intervenção (Danis, 2004; Bedi, 2007, Evans, Garner & Honig, 2014; Daniels, Angleman & Grinnan, 2015).

Apesar de já se notarem transformações nas vastas áreas, continua a ser necessário o treino e a formação dos profissionais, uma vez que estão associados a uma maior triagem das sobreviventes e a um maior sentimento de preparação e de autoeficácia dos profissionais. Posto isto, será importante continuar a estudar esta temática, estimulando os serviços já existentes a complementarem as suas respostas, estruturando entre si as diferentes intervenções dos profissionais, de modo a combater o fenómeno da violência doméstica contra as mulheres (Danis, 2003; Epstein & Goodman, 2003; Papadakaki et al., 2012).

7. Referências Bibliográficas

- Allen, N. (2005). A multi-level analysis of community coordinating councils. *American Journal of Community Psychology*, 35 (1-2), 49-63.
- Allen, N., Bybee, D., & Sullivan, C. (2004). Battered women's multitude of needs. *Violence Against Women*, 10, 1015-1035.
- Allen, N., Lehrmer, A., & Mattison, E. (2007). Promoting systems change in the healthcare response to intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 35, 103-120.
- Allen, N., Matt, K., Hess, J. (2008). A qualitative study of the activities and outcomes of domestic violence coordinating councils. *American Journal of Community Psychology*, 41, 63-73.
- Baig, A., Ryan, G., & Rodriguez, M. (2012). Provider barriers and facilitators to screening for intimate partner violence in Bogotá, Colombia. *Health Care for Women International*, 33, 250-261.
- Barata, P. (2007). Abused women's perspectives on the criminal justice system's response to domestic violence. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 202-215.
- Baker, C., Cook, S., & Norris, F. (2003). Domestic violence and housing problems: a contextual analysis of women's help-seeking, received informal support, and formal system response. *Violence Against Women*, 9 (7), 754-783.
- Bedi, G., & Goddard, C. (2007). Intimate partner violence: what are the impacts on children? *Australian Psychologist*, 42 (1), 66-77.
- Bennet, L., Riger, R., Schewe, P., Howard, A., & Wasco, S. (2004). Effectiveness of hotline, advocacy, counseling, and shelter services for victims of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (7), 815-829.
- Berg, A., Allen, J., Frame, P., Homer, C., Johnson, M., Klein, J., Lieu, T., Orleans, T., Peipert, J., Pender, N., Siu, A., Teutsch, S., Westhoff, C., & Woolf, S. (2004). Screening for family and intimate partner violence: recommendation statement. *Annals of Family Medicine*, 2 (2), 156-160.
- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (1), 47-60.

- Buzawa, E., & Buzawa, C. G. (1996). Intervention by the criminal justice. In E. S. Buzawa, & C. G. Buzawa (Eds.), *Domestic violence. The criminal justice response* (pp. 26-34, 2^a ed.). US: Sage.
- Buzawa, E., Hotaling, G., & Klein, A. (1998). The response to domestic violence in a model court: some initial findings and implications. *Behavioral Sciences and the Law*, *16*, 185-206.
- Buzawa, E., Hotaling, G., & Byrne, J. (2007). Understanding the impact of prior abuse and prior victimization on the decision to forego criminal justice assistance in domestic violence incidents: a life-course perspective. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *7*, 55-76.
- Bybee, D., & Sullivan, C. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive changes for battered women over time. *American Journal of Community*, *30* (1), 103-133.
- Campbell, J., Coben, J., McLoughlin, E., Dearwater, S., Nah, G., Glass, N., Lee, D., & Durborow, N. (2001). An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. *Academic Emergency Medicine*, *8* (2), 131-138.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H., & Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. *BMC Public Health*, *115*, 89-95.
- Cardoso, R., & Ornelas, J. (2013). The changes on intimate partner violence against women in the health system in Portugal. *Health*, *05* (07), 65-70.
- Carneiro, M. (2007). *A legislação sobre violência doméstica: compatibilização do código penal e diplomas complementares às actuais manifestações do fenómeno*. Comunicação apresentada em Conferência Regional: Parlamentos Unidos no Combate à Violência Doméstica Contra as Mulheres. Bragança.
- Cattaneo, L., Grossmann, J., & Chapman, R. (2015). The goals of IPV survivors receiving orders of protection: an application of the empowerment process model. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-23.

- Chang, J., Cluss, P., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, McNeil, M., & Scholle, S. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's Health Issues, 15*, 21-30.
- Cismaru, M., Lavack, A., & Jensen, G. (2010). Don't suffer in silence: applying the integrated model for social marketers to campaigns targeting victims of domestic violence, *Social Marketing Quarterly, 16* (1), 97-129.
- Cismaru, M., & Lavack, A. (2011). Campaigns targeting perpetrators of intimate partner violence. *Trauma, Violence, and Abuse, 12* (4), 183-197.
- Colarossi, L., Breitbart, V., & Betancourt, G. (2010). Barriers to screening for intimate partner violence: a mixed-methods study of providers in family planning clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 42* (4), 236-243.
- Daniels, J., Angleman, A. J., & Grinnan, E. (2015). Standardizing research methods on violent offenders: Perpetrator-motive research design and consensual qualitative research. *Aggression and Violent Behavior, 21*, 125–132.
- Danis, F. (2003). Social work response to domestic violence: encouraging news from a new look. *Journal of Women and Social Work, 18* (2), 177-191
- Danis, F. (2004). Factors that influence domestic violence practice self-efficacy: implications for social work. *Advances in Social Work, 5* (1), 150-161.
- Dias, I. (2010). Violência doméstica e justiça: respostas e desafios. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, 2*, 245-262.
- Durlak, J., & Walls, A. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology, 25* (2), 115-151.
- Evans, R., Garner, P., & Honig, A. S. (2014). Prevention of violence, abuse and neglect in early childhood: a review of the literature on research, policy and practice. *Early Child Development and Care, 184*, 1295-1335.
- Epstein, D., Bell, M., & Goodman, L. A. (2003). Transforming aggressive prosecution policies: prioritizing victims' long-term safety in the prosecution of domestic violence cases. *Journal of Gender, Social Policy and the Law, 11*, 465-498.

- Feder, G., Agnew-Davies, R., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., Gregory, A., Howell, A., Johnson, M., Ramsay, J., Rutterford, C. & Sharp, D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence: a cluster randomised controlled trial of a primary care training and support programme. *Lancet*, 378 (9805), 1788-1795.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2^a ed.). Londres: Sage Publications.
- Fishman, P., Bonomi, A., Anderson, M., Reid, R., & Rivara, F. (2010). Changes in health care costs over time following the cessation of intimate partner violence. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (9), 920-925.
- Fo Wong, S., Wester, F., & Lagro-Janssen, T. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *British Journal of General*, 56, 249-257.
- Gadomski, A. M., Wolff, D., Tripp, M., Lewis, C., & Short, L. M. (2001). Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Academic Medicine*, 76 (10), 1045-1052.
- García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., & Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269.
- García-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliveira, A., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2014). The health-systems response to violence against women. *The Lancet*, 1-13.
- Geraghty, K., & Woodhams, J. (2015). The predictive validity of risk assessment tools for female offenders: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 21, 25-38.
- Glenn, C., & Goodman, L. (2015). Living with and within the rules of domestic violence shelters: a qualitative exploration of residents' experiences. *Violence Against Women*, 1-26.
- Goodman, L., & Epstein, D. (2011). The justice system response to domestic violence Interventions to address intimate partner violence: the current state of the field . In Koss, M., White, J., & Kazdin, A. (Eds.), *Violence against women and children* (pp. 215-235, Vol. XVIII). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Grossman, S., Lundy, M., George, C., & Crabtree-Nelson, S. (2010). Shelter and service receipt for victims of domestic violence in Illinois. *Journal of Interpersonal Violence, 25* (11), 2077-2093.
- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C., & MacMillan, H. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health, 7* (12), 1-11.
- Hamberger, K., Guse, C., Boerger, J., Minsky, D., Pape, D., & Folsom, C. (2004). Evaluation of a health care provider training program to identify and help partner violence victims. *Journal of Family Violence, 19* (1), 1-11.
- Hockenhull, J., Cherry, M., Whittington, R., Dickson, R., Leitner, M., Barr, W., & McGuire, J. (2015). Heterogeneity in interpersonal violence outcome research: An investigation and discussion of clinical and research implications. *Aggression and Violent Behavior, 22*, 18-25.
- Hoff, L. A. (2009). *Violence and abuse issues: cross-cultural perspectives for health and social services*. New York: Routledge.
- Indu PV., Remadevi, S. Vidhukumar, K. Anilkumar, T., & Subha, N. (2011). Development and validation of the Domestic Violence Questionnaire in married women aged 18-55 years. *Indian Journal of Psychiatry, 53* (2), 18-23.
- Itzhaky, H., & Porat., B. (2005). Battered women in shelters: internal resources, well-being, and integration. *Journal of Women and Social Work, 20* (1), 39-51.
- Jaffee, K., Epling, J., Grant, W., Ghandour, R., & Callendar, E. (2005). Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *Journal of Women's Health, 14* (8), 713-720.
- Javdani, S., & Allen, N. (2011a). Proximal outcomes matter: a multilevel examination of the processes by which coordinating councils produce change. *American Journal of Community Psychology, 47*, 12-27.
- Javdani, S., & Allen, N. (2011b). Councils as empowering contexts: mobilizing the front line to foster systems change in the response to intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology, 48*, 208-221.

- Javdani, S., Allen, N., Todd, N., & Anderson, C. (2011). Examining systems change in the response to domestic violence: innovative applications of multilevel modeling. *Violence against women, 17*, 359–375.
- Kanuha, V. (1998). Professional social work and the battered women's movement: contextualizing the challenges of domestic violence work. *The International Journal of Continuing Social Work Education, 1* (2), 4-18.
- Kohler, S., Höhne, A., Ehrhardt, M. J., Seifert, D., & Anders, S. (2013). General practitioners and managing domestic violence: results of a qualitative study in Germany. *Journal of Forensic and Legal Medicine, 20*, 732-735.
- Koss, M. (2000). Blame, Shame and community: justice responses to violence against women. *American Psychologist, 1332-1343*.
- Lawoko, S., Ochola, E., Oloya, G., Piloya, J., Lubega, M., Lawoko-Olwe, W., & Guwatudde, D. (2006). Readiness to screen for domestic violence against women in healthcare uganda: associations with demographic, professional and work environmental factors. *Open Journal of Preventive Medicine, 4*, 145-155.
- Lehner, A., & Allen, N. (2008). Social change movements and the struggle over meaning-making: a case study of domestic violence narratives. *American Journal of Community Psychology, 42*, 220-234.
- Lehner, A., & Allen, N. (2009). Still a movement after all these years? *Violence against Women, 15*, 656-677.
- Leppakoski, T., & Paavilainen, E. (2012). Interventions for women exposed to acute intimate partner violence: emergency professionals' perspective. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 2273-2285.
- Marôco, J. (2014a). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J. (2014b). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (2ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4* (1), 65-90.

- Mojoyinola, J. (2006). Social work interventions in the prevention and management of domestic violence. *The Social Science Journal*, 13 (2), 97-99.
- Murray, C., Pow, A., Chow, A., Nemati, H., & White, J. (2015). Domestic violence services providers' needs and perceptions of technology: a qualitative study. *Journal of Technology in Human Services*, 33 (2), 133-155.
- Natan, B., Ari, B., Bader, T., & Hallak, M. (2011). Universal screening for domestic violence in a departamento of obstretics and gynaecology. *International Nursing Review*, 59 (1), 108-114.
- Nichols, J. (2013). Meaning-making and domestic violence victim advocacy: An examination of feminist identities, ideologies, and practices. *Feminist Criminology*, 8 (3), 177-2011.
- Papadakaki, M., Prokopiadou, D., Petridou, E., Kogevas, M., & Lionis, C. (2012). Defining physician' readiness to screen and manage intimate partner violence in greek primary care settings. *Evaluations & Health Professions*, 35 (2), 199-220.
- Qasem, H., Hamadah, F., Khowlah, Q., Kamel, M., & El-Shazly, M. (2013). Knowledge and attitude of primary health care staff screening and not screening for domestic violence against women. *Alexandria Journal of Medicine*, 49, 181-187.
- Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Feder, G., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A., & Waburton, A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*, 5, 1-121.
- Ramsay, J., Rutterford, C., Gregory, A., Dunne, D., Eldridge, S., Sharp, D., & Feder, G. (2012). Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *British Journal of General Practice*, 62 (602), 647-655.
- Richardson, J., Coid, Petruckevitch, A., Chung, W., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, 324 (7332), 1-6.
- Roelens, K., Verstraelen, H., Egmond, K., & Temmerman, M. (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*, 6 (238), 1-10.

- Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G., & Howard, L. (2011). Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 189-194.
- Sá Dias, I. (2000). *Violência Doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade*. Comunicação apresentada em Actas do IV Congresso de Sociologia - Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos. Coimbra.
- Shepard, M., Falk, D., Elliott, B. (2002). *Enhancing coordinated community responses to reduce recidivism in cases of domestic violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, *17* (5), 551-569.
- Short, L., Alpert, E., Harris, J., & Suprenant, Z. (2006). A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, *30* (2), 173-215.
- Shattuck, S. (2002). A domestic violence screening program in a public health department. *Journal of Community Health Nursing*, *19* (13), 121-132.
- Spangaro, J., Zwi, A., Poulos, R., & Man, W. (2010). Who tells and what happens: disclosure and health service responses to screening for intimate partner violence. *Health and Social Care in the Community*, *18* (6), 671-680.
- Sullivan, C. (2006). Intervention to address intimate partner violence: the current state of the field. In Lutzker, J. (Ed.), *Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies* (pp. 195-212, Vol. XIII). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Sullivan, C. (2011). Victim services for domestic violence. In Koss, M., White, J., & Kazdin, A. (Eds.), *Violence against women and children* (pp. 183-197, Vol. XVIII). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T., & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. *Health and Social Care in the Community*, *21* (5), 489-499.
- Tower, L. (2006). Barriers in screening women for domestic violence: a survey of social workers, family practitioners, and obstetrician-gynecologists. *Journal of Family Violence*, *21*, 245-257.

- Trevillion, K., Howard, L. M., Morgan, C., & Feder, G. (2012). The response of mental health services to domestic violence: a qualitative study of service users' and professionals' experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 20* (10), 1-10.
- Tseng, V., Chesir-Teran, D., Becker-Klein, R., Chan, M. L., Duran, V., Roberts, A., & Bardoliwalla, A. (2002). Promotion of social change: a conceptual framework. *American Journal of Community Psychology, 30* (3), 401-427.
- Twomey, M., & Weber, C. (2014). Health professionals' roles and relationships with other agencies. *Clinics in Geriatric Medicine, 30*, 881-895.
- Wathen, N., & McMillan H. (2012). Health care's response to women exposed to partner violence: moving beyond universal screening. *Journal of the American Medical Association, 15* (20), 712-713.
- Walker, K., Bowen, E., & Brown, S. (2014). Desistance from intimate partner violence: a conceptual model and framework for practitioners for managing the process of change. *Journal of Interpersonal Violence, 30* (15), 1-25.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54* (1), 21-29.
- Warburton, A., Hanif, B., Rowsell, C. & Coulthard, P., (2006). Changes in the levels of knowledge and attitudes of dental hospital staff about domestic violence following attendance at an awareness raising seminar. *British Dental Journal, 201* (10), 653-659.
- Wolfe, D., & Jaffe, P. (1999). Emerging Strategies in the Prevention of Domestic Violence. *Domestic Violence and Children, 9* (3), 133-144.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Dube, N., Hodgins, M., Malcolm, J., Majerovich, J., Scott-Storey, K., Ford-Gilboe, M., & Collen, V. (2015). The process, outcomes, and challenges of feasibility studies conducted in partnership with stakeholders: a health intervention for women survivors of intimate partner violence. *Research in Nursing & Health, 38* (1), 83-96.
- Zaher, E., Keogh, K., & Ratnapalan, S. (2014). Effect of domestic violence training: systematic review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician, 60*, 619-624.

8. ANEXOS

8.1. Anexo I – *Prontidão dos Profissionais para Detectar e Intervir em Situações de Violência Doméstica Contra as Mulheres*

A PRONTIDÃO DOS PROFISSIONAIS PARA DETECTAR E INTERVIR EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES

Pedimos-lhe que responda a este questionário, pois o seu contributo é importante para a melhoria das respostas da intervenção em situações de violência doméstica contra as mulheres.

Por favor, registe a primeira resposta que lhe ocorra. As suas respostas são confidenciais.

Irão ser codificadas e analisadas em conjunto, sem revelar qualquer informação pessoal. Há perguntas que podem parecer semelhantes, no entanto, solicitamos que complete o questionário, respondendo a todas as perguntas. Estimamos que a resposta a este questionário demore cerca de 20 minutos.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

DATA:

--	--	--	--	--	--	--	--

SECÇÃO I: DADOS SOCIODEMOGRÁFIOS

1. Idade:

--	--

2. Género:

	1. Feminino		2. Masculino
--	-------------	--	--------------

3. Residência:

1. Viana do Castelo	8. Guarda	15. Setúbal
2. Braga	9. Coimbra	16. Évora
3. Porto	10. Castelo Branco	17. Beja
4. Vila Real	11. Leiria	18. Faro
5. Bragança	12. Santarém	19. Arquipélago dos Açores
6. Aveiro	13. Lisboa	20. Arquipélago da Madeira
7. Viseu	14. Portalegre	

4. Local de Trabalho:

1. Centros de Atendimento	9. Polícia Judiciária (PJ)
2. Casas Abrigo	10. Serviços do Ministério Público/Tribunais
3. Institutos de Solidariedade Social	11. Instituto de Medicina Legal
4. Serviços Sociais Locais	12. Gabinetes de Consulta Jurídica

5. Segurança Social	13. Centros de Saúde
6. Câmara Municipal	14. Hospitais
7. Guarda Nacional Republicana (GNR)	15. Instituto de Reinserção Social
8. Polícia de Segurança Pública (PSP)	16. Outro: Qual? _____

5. Área em que exerce:

1. Medicina Interna	5. Enfermagem	9. Psicologia
2. Psiquiatria	6. Magistratura	10. Serviço Social
3. Ginecologia/Obstetrícia	7. Advocacia	11. Outra: Qual? _____
4. Pediatria	8. Órgãos de Polícia Criminal	

6. Há quanto tempo exerce nessa área:

		Anos			Meses
--	--	------	--	--	-------

7. Qual número médio de indivíduos que atende por semana?

1. Não atendo
2. Inferior a 20
3. Entre 20 a 39
4. Entre 40 a 59
5. Superior a 60

8. Nos últimos seis meses, quantos profissionais no seu local de trabalho tiveram formação na área de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Todos
2. A maioria
3. Poucos
4. nenhuns
5. Não sei

SECÇÃO II: FORMAÇÃO

1. Que tipo de formação sobre Violência Doméstica contra as mulheres já teve?

1. Nenhuma
2. Li o protocolo de intervenção da minha instituição
3. Vi um vídeo
4. Assisti a conferências/palestras
5. Frequentei um workshop
6. Tive aulas sobre a temática no meu percurso académico
7. Fiz formação Técnica de Apoio à Vítima (TAV)
8. Frequentei acções de formação básica
9. Frequentei acções de formação avançada

10. Outra: Qual? _____

2. Número total estimado de horas de formação sobre Violência Doméstica contra as mulheres:

3. Até que ponto se sente preparado para:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nada”, (2) “Muito Pouco”, (3) “Um Pouco”, (4) “Moderado”, (5) “Algo Considerável”, (6) “Bastante” e (7) “Muito”.

1. Fazer as perguntas adequadas às situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
2. Responder adequadamente à revelação de uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
3. Com base no relato e na avaliação da mulher, identificar os indicadores de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
4. Avaliar a prontidão da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres para a mudança.	1	2	3	4	5	6	7
5. Apoiar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres a fazer a avaliação de risco.	1	2	3	4	5	6	7
6. Realizar a avaliação de risco relativa aos filhos da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
7. Apoiar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres na criação de um plano de segurança.	1	2	3	4	5	6	7
8. Documentar o historial e as evidências de vitimização.	1	2	3	4	5	6	7
9. Encaminhar a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres para outros serviços.	1	2	3	4	5	6	7
10. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra as mulheres juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7
11. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra as crianças juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7
12. Denunciar as situações de Violência Doméstica contra os idosos juntos dos Órgãos de Polícia Criminal.	1	2	3	4	5	6	7

4. Como avalia o seu conhecimento sobre:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nada”, (2) “Muito Pouco”, (3) “Um Pouco”, (4) “Moderado”, (5) “Algo Considerável”, (6) “Bastante” e (7) “Muito”.

1. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
2. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra as crianças	1	2	3	4	5	6	7
3. Os requisitos para denúncia de situações de Violência Doméstica contra os idosos	1	2	3	4	5	6	7

4. Os sinais ou sintomas de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
5. Como documentar situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
6. Os serviços de encaminhamento para sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
7. Os perpetradores de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
8. A relação entre a Violência Doméstica contra as mulheres e a gravidez	1	2	3	4	5	6	7
9. As perguntas a fazer na identificação de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
10. O impacto da Violência Doméstica contra as mulheres nas crianças	1	2	3	4	5	6	7
11. Os motivos para não denunciar a Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
12. O seu papel na detecção de situações de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
13. O que dizer e não dizer a uma mulher em situação de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
14. Como fazer a avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
15. Como desenhar um plano de segurança com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
16. As etapas de mudança pelas quais a vítima/ sobrevivente Violência Doméstica contra as mulheres passa	1	2	3	4	5	6	7

SECÇÃO III: CONHECIMENTO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES.

1. Qual o maior factor de risco de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

<input type="checkbox"/>	1. Idade (< 30anos)
<input type="checkbox"/>	2. Parceiros com consumos (álcool ou drogas)
<input type="checkbox"/>	3. Sexo: Feminino
<input type="checkbox"/>	4. História familiar de Violência Doméstica contra as mulheres
<input type="checkbox"/>	5. Não sei

2. Qual das seguintes afirmações sobre os agressores é geralmente verdadeira? (Assinale apenas uma opção)

<input type="checkbox"/>	1. Têm problemas em controlar a raiva
<input type="checkbox"/>	2. Usam a violência como forma de controlar a sua parceira
<input type="checkbox"/>	3. São violentos porque consomem álcool ou drogas
<input type="checkbox"/>	4. Entram em conflito com toda a gente

3. Da seguinte lista, identifique os sinais que podem indicar que a mulher é vítima de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale todas as opções que considera correctas)

<input type="checkbox"/>	1. Dor crónica
<input type="checkbox"/>	2. Ansiedade
<input type="checkbox"/>	3. Consumo de substâncias
<input type="checkbox"/>	4. Lesões frequentes
<input type="checkbox"/>	5. Depressão
<input type="checkbox"/>	6. Outras: Quais? _____

4. Nas seguintes afirmações identifique as razões pelas quais uma vítima de Violência Doméstica contra as mulheres pode não ser capaz de deixar uma relação violenta? (Assinale todas as opções que considera correctas)

<input type="checkbox"/>	1. Medo de represálias
<input type="checkbox"/>	2. Dependência financeira
<input type="checkbox"/>	3. Crenças religiosas
<input type="checkbox"/>	4. Necessidades das crianças
<input type="checkbox"/>	5. Amor pelo companheiro/marido
<input type="checkbox"/>	6. Isolamento

5. Qual das seguintes questões é a mais adequada para perguntar sobre Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale todas as opções que considera correctas)

<input type="checkbox"/>	1. "É vítima de violência por parte do seu companheiro/marido?"
<input type="checkbox"/>	2. "O seu companheiro/marido já a magoou ou ameaçou?"
<input type="checkbox"/>	3. "Já sentiu medo do seu companheiro/marido alguma vez?"
<input type="checkbox"/>	4. "O seu companheiro/marido já a magoou ou bateu-lhe?"

6. Qual (is) das seguintes afirmações é/são geralmente verdadeira(s)? (Assinale todas as opções que considera correctas)

<input type="checkbox"/>	1. É habitual as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres não apresentarem lesões.
--------------------------	---

	2. Há padrões comportamentais que podem indicar violência doméstica contra as mulheres nos casais.
	3. Em situações de Violência Doméstica contra as mulheres, há zonas do corpo que são atingidas mais vezes.
	4. Há lesões que são habitualmente associadas a situações de Violência Doméstica contra as mulheres.
	5. Lesões em diferentes estados de recuperação podem indicar Violência Doméstica contra as mulheres.

7. Classifique os seguintes comportamentos e sentimentos das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres segundo o estado do processo de mudança.

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Pré-contemplação”, (2) Contemplação, (3) Preparação, (4) Ação, (5) Manutenção e (6) Conclusão.

1. Começa a fazer planos para deixar o companheiro/marido abusivo	1	2	3	4	5	6
2. Nega a existência de um problema	1	2	3	4	5	6
3. Começa a pensar que a Violência Doméstica contra as mulheres não é culpa sua	1	2	3	4	5	6
4. Continuação da mudança de comportamentos	1	2	3	4	5	6
5. Obtém uma medida de afastamento	1	2	3	4	5	6

8. Escolha para as seguintes afirmações V para “Verdadeiro”, F para “Falso” e NS para “Não sei”.

1. O consumo de álcool é o maior preditor de Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
2. Não há razões que justifiquem não deixar uma relação violenta.	V	F	NS
3. Nas situações em que a mulher não revela a situação de Violência Doméstica contra as mulheres, a suspeita do profissional não deve ficar registrada no processo.	V	F	NS
4. Quando se pergunta às sobreviventes sobre Violência Doméstica contra as mulheres deve-se usar as palavras "abusada" e “batida”.	V	F	NS
5. Apoiar uma mulher que decide manter-se na relação violenta é desculpar a Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
6. As sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres são capazes de fazer escolhas adequadas sobre como lidar com a sua situação.	V	F	NS
7. Os profissionais não devem pressionar as sobreviventes a admitir que estão a viver uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	V	F	NS
8. O risco de Violência Doméstica contra as mulheres aumenta quando as mesmas deixam a relação violenta.	V	F	NS

9. Lesões por estrangulamento são raras nos casos de Violência Doméstica contra as mulheres	V	F	NS
10. Permitir a presença dos companheiros/maridos ou amigos durante o processo de atendimento garante a segurança para a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres	V	F	NS
11. Mesmo que as crianças não sejam vítimas directas, os profissionais devem sinalizar a situação às Comissões de Protecção de Crianças e Jovens.	V	F	NS

SECÇÃO IV: OPINIÕES

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, indique a sua opinião:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Discordo fortemente” e (7) “Concordo Fortemente”

1. Se uma vítima não reconhece que é abusada, há muito pouco que se possa fazer.	1	2	3	4	5	6	7
2. Pergunto a todas as pessoas que atendo sobre o seu historial de violência nas relações de intimidade.	1	2	3	4	5	6	7
3. A minha entidade patronal encoraja-me a agir face a situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
4. Posso encaminhar as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres para os serviços da comunidade.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sou capaz de identificar Violência Doméstica contra as mulheres sem ter de perguntar à mulher.	1	2	3	4	5	6	7
6. Não tenho formação suficiente para responder face a uma situação de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
7. As mulheres com historial de consumo de álcool ou outras drogas têm mais possibilidade de vir a sofrer de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
8. As sobreviventes Violência Doméstica contra as mulheres têm o direito de decidir se os profissionais devem ou não intervir.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto-me confortável ao falar sobre Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
10. Não tenho competências para falar sobre Violência Doméstica com vítimas do sexo feminino.	1	2	3	4	5	6	7
12. Não tenho competências para falar sobre Violência Doméstica com vítimas de outras etnias ou culturas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Se as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres permanecem na relação violenta mesmo depois de episódios repetidos de agressão, devem aceitar a sua responsabilidade.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tenho conhecimentos sobre os requisitos legais em relação à denúncia de casos de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7

13. Os profissionais não têm tempo para apoiar as sobreviventes a lidar com Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
14. Sou capaz de recolher as informações necessárias para identificar Violência Doméstica contra as mulheres como causa de outros problemas.	1	2	3	4	5	6	7
15. O profissional só pode tratar do problema da vítima caso esta se recuse a falar sobre Violência Doméstica contra as mulheres	1	2	3	4	5	6	7
16. Caso queiram, as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres podem deixar o relacionamento.	1	2	3	4	5	6	7
17. Cumpro com os requisitos nacionais que obrigam a avaliação das situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
18. Os profissionais têm a responsabilidade de perguntar a todas as pessoas que atendem sobre Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
19. A minha prática profissional permite-me ter tempo para responder às sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
20. Já contactei outros serviços na comunidade para encaminhar Sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
21. O abuso de álcool é uma das principais causas de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
22. Muitas vezes, as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres têm razões válidas para permanecer numa relação de violência.	1	2	3	4	5	6	7
23. Estou demasiado ocupado para participar em reuniões multidisciplinares de discussão de situações de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
24. Fazer uma triagem sistemática para a Violência Doméstica contra as mulheres é ofensivo para quem está a ser avaliado.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tenho um espaço adequado para atender às vítimas de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
26. Sou capaz de recolher a informação adequada para identificar a Violência Doméstica contra as mulheres como causa da solicitação Apresentada.	1	2	3	4	5	6	7
27. Uma das principais causas de Violência Doméstica contra as mulheres é as mulheres saírem do seu papel tradicional.	1	2	3	4	5	6	7
28. Os profissionais não têm o conhecimento adequado para apoiar as sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres a lidar com a situação.	1	2	3	4	5	6	7
29. Consigo adequar a intervenção à prontidão da vítima para a mudança.	1	2	3	4	5	6	7
30. Compreendo porque é que as vítimas de Violência Doméstica contra as mulheres nem sempre cumprem as recomendações dos	1	2	3	4	5	6	7

profissionais.							
31. O consumo de álcool ou outras drogas está relacionado com a Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6	7
32. Consigo reconhecer vítimas de Violência Doméstica contra as mulheres pelos seus comportamentos.	1	2	3	4	5	6	7

SECÇÃO V: QUESTÕES PRÁTICAS

1. Quantos casos de Violência Doméstica contra as mulheres atendeu nos últimos seis meses?

1. Nenhum
2. Entre 1 e 5
3. Entre 6 e 10
4. Entre 11 a 20
5. Mais de 21
6. Não Aplicável

2. Das situações listadas abaixo, identifique aquelas em que faz a triagem de situações de Violência Doméstica contra as mulheres: (Assinale todas as opções que considera correctas)

Não Aplicável
Não faço triagem
Faço triagem a todos os novos utilizadores do serviço
Faço triagem a todos os novos utilizadores do serviço do sexo feminino
Faço triagem de todos os utilizadores do serviço que apresentem história de abuso
Faço triagem de todas as mulheres utilizadoras do serviço anualmente
Faço triagem de todas as mulheres grávidas em vários períodos da gravidez
Faço triagem de todos os utilizadores do serviço periodicamente
Faço triagem de todos os novos utilizadores do serviço do sexo feminino periodicamente
Faço triagem a todos os utilizadores do serviço das seguintes categorias: (assinale abaixo):

	Adolescentes
	Mulheres Jovens Adultas (idade inferior a 30 anos)
	Mulheres Idosas (idade superior aos 65 anos)
	Mulheres Solteiras ou Divorciadas
	Mulheres Casadas
	Mulheres com Abuso de Consumo de Álcool ou Outras Substâncias
	Mães Solteiras
	Mulheres Negras ou Hispânicas
	Mulheres Imigrantes
	Mulheres Lésbicas
	Homens Homossexuais
	Mulheres Deprimidas/Suicidas
	Mulheres Grávidas
	Mães das crianças que recorrem ao serviço (se aplicável)
	Mães de todas as crianças que apresentam sinais de terem testemunhado Violência Doméstica contra as mulheres
	Mãe de todas as crianças em que há suspeita ou confirmação de abuso ou de negligência
	Outra. Qual?: _____

3. Nos últimos seis meses, com que frequência questionou sobre a possibilidade de Violência Doméstica contra as mulheres que apresentam os seguintes sinais:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nunca”, (2) “Raramente”, (3) “Algumas Vezes” e (4) “Quase Sempre”, (5) “Sempre” e (6) “Não Aplicáveis.

1. Lesões	1	2	3	4	5	6
2. Dor Pélvica Crónica	1	2	3	4	5	6
3. Síndrome do Colon Irritável	1	2	3	4	5	6
4. Dores de Cabeça	1	2	3	4	5	6
5. Depressão/Ansiedade	1	2	3	4	5	6
6. Hipertensão	1	2	3	4	5	6
7. Perturbações Alimentares	1	2	3	4	5	6

4. Nos últimos seis meses, quando identificou situações de Violência Doméstica contra as mulheres, o que é que fez? (Assinale todas as opções que considera correctas)

	1. Não identifiquei situações de Violência Doméstica contra as mulheres nos últimos seis meses.
	2. Disponibilizei Informações (números de telefone, panfletos, outras informações).
	3. Fiz aconselhamento sobre opções possíveis.
	4. Realizei uma avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.
	5. Realizei uma avaliação de segurança para os filhos da sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.
	6. Em conjunto com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres, desenvolvi um plano de segurança.
	7. Encaminhei para acompanhamento psicológico individual.
	8. Encaminhei para terapia de casal.
	9. Encaminhei para acompanhamento psicológico ou grupos de apoio para as crianças.
	10. Encaminhei para serviço social local.
	11. Encaminhei para organização de apoio a mulheres em situação de Violência Doméstica ou casa abrigo.
	12. Encaminhei para programas de aconselhamento sobre o consumo de álcool ou outra substância.
	13. Encaminhei para linha local de apoio à Violência Doméstica contra as mulheres.
	14. Encaminhei para a linha nacional de apoio à Violência Doméstica contra as mulheres nacional
	15. Encaminhei para a polícia.
	16. Encaminhei para a segurança social
	17. Encaminhei para a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
	18. Encaminhei para os serviços de aconselhamento e informação jurídica
	19. Encaminhei para grupos de apoio a mulheres em situação de Violência Doméstica
	20. Encaminhei para programas para agressores
	21. Encaminhei para organizações religiosas
	22. Encaminhei para organizações de apoio a lésbicas/gays/transsexuais/bissexuais
	23. Outra acção/encaminhamento: Qual? _____

5. Na sua instituição, existe um protocolo de actuação para situações de Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

	1. Sim, é amplamente utilizado
	2. Sim, é utilizado em certa medida

3. Sim, mas não é utilizado
4. Não
5. Não Sei
6. Não Aplicável

6. Está familiarizado com as políticas da sua instituição para o atendimento a sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Aplicável

7. No seu local de trabalho, existe câmara fotográfica disponível para fotografar as lesões das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

8. Em Portugal, é obrigatório reportar às entidades competentes os casos de Violência Doméstica contra as mulheres adultas?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

9. Em todas as sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres, qual a frequência em que:

Assinale o que considera indicado sendo (1) “Nunca”, (2) “Raramente”, (3) “Algumas Vezes” e (4) “Quase Sempre”, (5) “Sempre” e (6) “Não Aplicável”.

1. Registou as declarações.	1	2	3	4	5	6
2. Utilizou o mapa do corpo para identificar as lesões.	1	2	3	4	5	6
3. Fotografou as lesões.	1	2	3	4	5	6
4. Notificou as autoridades.	1	2	3	4	5	6
5. Realizou uma avaliação de risco com a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
6. Realizou uma avaliação de risco para os filhos da sobrevivente Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
7. Apoiou a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres a desenvolver um plano de segurança.	1	2	3	4	5	6
8. Contactou serviços de apoio a Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
9. Acreditou no relato e apoiou a sobrevivente de Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6

10. Disponibilizou informações básicas sobre Violência Doméstica contra as mulheres.	1	2	3	4	5	6
11. Disponibilizou informações sobre outros serviços ou fez o encaminhamento.	1	2	3	4	5	6

10. No seu local de trabalho, tem disponíveis materiais informativos sobre Violência Doméstica contra as mulheres? (Assinale apenas uma opção)

1. Sim, visíveis e de fácil distribuição
2. Sim, visíveis mas de distribuição difícil
3. Sim, mas não visíveis
4. Não
5. Não Sei
6. Não Aplicável

11. Disponibiliza às sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres os materiais anteriormente referidos? (Assinale apenas uma opção)

1. Sim, quase sempre
2. Sim, quando é seguro para a sobrevivente
3. Sim, mas apenas se solicitado
4. Não, devido à inadequação das referências
5. Não, porque não sinto que estes materiais sejam úteis
6. Não, por outro motivo: Qual? _____
7. Não Aplicável

12. No seu local de trabalho, sente que tem os recursos adequados para encaminhamento das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

13. Sente que tem um conhecimento adequado dos recursos da comunidade para o encaminhamento das sobreviventes de Violência Doméstica contra as mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não Sei
4. Não Aplicável

Obrigado por completar este questionário.

8.2. Anexo II – Consistência interna do instrumento

	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
Secção II			
Questão 3	.973	.973	12
Questão 4	.986	.986	16
Secção IV			
Questão 1			
Subescala Preparação	.840	.839	5
Subescala Trabalho	.832	.835	6
Subescala Autoeficácia	.688	.696	3
Subescala Compreensão da sobrevivente	.250	.272	5
Subescala Consumos	.702	.703	3
Subescala Autonomia	.521	.526	3
Secção V			
Questão 3	.973	.973	12
Questão 9	.955	.954	11
