

Colaboração multiprofissional no reconhecimento das situações de violência em emergência pública: limites para a interprofissionalidade

Sandra Souza da Silva¹  Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹  Raimunda Magalhães da Silva¹ 
Débora Rodrigues Guerra Probo¹  Samira Valentim Gama Lira de Alencar¹ 

¹Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Fortaleza/CE, Brasil.
E-mail: sandrasouzafisio@gmail.com

Highlights

- Predomina a atuação multiprofissional fragmentada na emergência pública.
- A violência é reconhecida de forma implícita e frequentemente silenciada.
- A comunicação qualificada favorece a identificação da violência.
- A ausência de protocolos limita a colaboração interprofissional.
- A educação permanente fortalece o cuidado interprofissional.

Resumo Gráfico



Elaborado com auxílio de inteligência artificial generativa, por meio do ChatGPT (OpenAI), em 19 de agosto de 2026.

Resumo

A colaboração interprofissional constitui estratégia essencial para o cuidado integral em serviços de urgência e emergência, especialmente no reconhecimento das situações de violência, frequentemente veladas e subnotificadas no cotidiano hospitalar. O objetivo foi analisar as verbalizações da equipe multiprofissional sobre práticas colaborativas no reconhecimento das diferentes situações de violência identificadas no contexto do atendimento em uma emergência pública terciária no Ceará. Estudo qualitativo realizado em hospital público terciário de referência cardiopulmonar. Participaram 34 profissionais de saúde selecionados pela técnica bola de neve. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas entre maio e julho de 2025 e submetidos à análise temática de conteúdo. Os participantes relataram esforços pontuais de colaboração, porém com predomínio de atuação multiprofissional fragmentada. Comunicação, acolhimento e escuta qualificada foram apontados como elementos centrais para identificar situações de violência, ainda que frequentemente reconhecidas de modo implícito e silenciado. Sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos, limitações estruturais e insuficiência de capacitação foram identificadas como principais barreiras à consolidação de práticas interprofissionais. Os achados evidenciam um distanciamento entre o ideal da interprofissionalidade e a organização concreta do trabalho, contribuindo para a invisibilidade institucional da violência nos serviços de emergência. O reconhecimento da violência permanece sustentado por iniciativas individuais e fluxos informais. A consolidação da interprofissionalidade requer revisão dos fluxos assistenciais, fortalecimento da comunicação entre categorias e investimentos em educação permanente para qualificar o cuidado e reduzir a subnotificação em serviços de alta complexidade.

Palavras-chave: Serviço Hospitalar de Emergência. Educação Interprofissional. Exposição à Violência. Violência.

Editor de área: Edison Barbieri

Avaliadora: Hellen Roehrs 

Mundo Saúde. 2026;50:e19552026

O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 14 janeiro 2026.

Aceito: 20 agosto 2026.

Publicado: 28 agosto 2026.

INTRODUÇÃO

A organização do trabalho em saúde tem sido historicamente marcada pela atuação de diferentes categorias profissionais em um mesmo espaço assistencial, nem sempre sustentada por práticas efetivamente integradas¹. No contexto do Sistema Único de Saúde, a interprofissionalidade emerge como estratégia para qualificar o cuidado, favorecer a integralidade e responder à complexidade das demandas dos usuários². Em serviços de urgência e emergência, onde o tempo, a gravidade clínica e a imprevisibilidade dos casos impõem desafios cotidianos, a colaboração entre profissionais torna-se ainda mais necessária para assegurar respostas rápidas e abrangentes às necessidades de saúde^{3,4}.

Entre essas demandas, a violência é compreendida como o uso intencional da força física ou do poder, sob a forma de ameaça ou de uso efetivo, contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, com possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁵. Nessa perspectiva, apresenta-se como fenômeno social e de saúde pública de elevada magnitude, com repercussões sobre a mortalidade, a incapacidade e a demanda por cuidados em saúde⁶.

Estudos realizados em serviços de emergência, particularmente no contexto da violência por parceiro íntimo, demonstram que situações de violência podem permanecer não identificadas diante de barreiras relacionadas à abordagem e à revelação, à privacidade, ao fluxo assistencial, à sobrecarga de trabalho e à capacitação dos profissionais^{7,8}. Nesse cenário, estratégias estruturadas de identificação, associadas ao preparo e à articulação da equipe, podem ampliar o reconhecimento e a resposta às pessoas em situação de violência⁷.

Apesar dos avanços normativos no enfrentamento da violência, persistem fragilidades em seu reconhecimento e em sua notificação nos serviços

de saúde, evidenciadas, entre outros aspectos, pela subnotificação de situações de violência contra mulheres⁹. A atuação multiprofissional, caracterizada pela presença de diferentes categorias profissionais, não implica necessariamente integração entre seus saberes e práticas; a interprofissionalidade pressupõe interação, construção compartilhada do cuidado, tomada de decisão conjunta e corresponsabilização entre os profissionais¹⁰. Nesse contexto, limitações na comunicação, no preparo profissional e na articulação das práticas assistenciais podem dificultar a identificação e a resposta às situações de violência nos serviços de saúde^{7,8}.

A educação interprofissional constitui uma estratégia relevante para o fortalecimento do conhecimento interprofissional e de atitudes favoráveis à colaboração, ao favorecer a compreensão e o respeito entre profissionais de diferentes áreas¹¹. Contudo, sua implementação no contexto da emergência apresenta desafios próprios, relacionados à integração entre diferentes profissionais e serviços e às características do processo de trabalho nesse cenário, demandando estratégias educacionais adaptadas às suas especificidades¹².

Diante desse contexto, torna-se relevante compreender como os profissionais que atuam na linha de frente da emergência pública percebem e experienciam a colaboração no reconhecimento da violência. A análise dessas experiências pode contribuir para identificar potencialidades e fragilidades das práticas existentes e orientar estratégias de gestão, formação e organização do cuidado.

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar as verbalizações da equipe multiprofissional sobre práticas colaborativas no reconhecimento das diferentes situações de violência identificadas no contexto do atendimento em uma emergência pública terciária no Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido para compreender as percepções e experiências dos profissionais de saúde acerca da colaboração no reconhecimento da violência em serviços de emergência. A pesquisa qualitativa foi adotada por permitir a apreensão de significados, intencionalidades e construções sociais presentes nas práticas em saúde¹³.

O estudo foi realizado em um hospital público terciário vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, referência no diagnóstico e tratamento de doenças cardíacas e pulmonares, integrante da

rede de atenção às urgências. A instituição constitui referência de alta complexidade em cardiologia e pneumologia, recebendo pacientes provenientes de diferentes municípios do estado. A pesquisa foi desenvolvida no serviço de cirurgia cardiovascular, que integra a assistência especializada em cardiologia da instituição. O cenário foi selecionado por concentrar atendimentos de alta complexidade e por possibilitar a identificação de situações de violência frequentemente invisibilizadas no contexto emergencial.

Participaram da pesquisa 34 profissionais de saúde

de atuantes na unidade de emergência, com idade ≥ 18 anos e tempo mínimo de três meses de atuação no setor. A seleção ocorreu por amostragem em cadeia (técnica bola de neve), estratégia indicada para recrutamento a partir das redes de relações entre os participantes¹⁴. O encerramento da coleta foi definido pela saturação dos dados, considerada alcançada quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de sentidos e não acrescentaram elementos relevantes à compreensão do fenômeno investigado¹⁵.

A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre maio e julho de 2025, em ambiente reservado na instituição. O roteiro contemplou questões sobre o reconhecimento de situações de violência, o preparo da equipe, as práticas colaborativas, a comunicação interprofissional e os desafios institucionais. As situações de violência foram abordadas de forma abrangente, sem delimitação prévia de tipologias, considerando aquelas identificadas ou percebidas pelos profissionais no contexto de sua atuação no serviço de emergência. As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, transcritas na íntegra e revisadas para garantir a fidedignidade do material empírico.

A organização e a análise dos dados seguiram as etapas da análise temática de conteúdo: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados¹⁶. As transcrições foram submetidas à leitura flu-

tuante, e o corpus textual foi organizado e processado com auxílio do software IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), utilizado como ferramenta de apoio à sistematização do material empírico¹⁷. A interpretação dos dados e a construção das categorias analíticas foram realizadas pelas pesquisadoras, orientadas pelo referencial da interprofissionalidade e da colaboração no trabalho em saúde. Para apoiar a sistematização analítica, foi elaborado um quadro de codificação contendo códigos e subtemas que subsidiaram a construção das categorias apresentadas nas seções de Resultados e Discussão (Material Suplementar 1). As falas foram identificadas por códigos alfanuméricos (P-01, P-02, ...), assegurando o anonimato.

O rigor metodológico foi buscado por meio de estratégias voltadas à credibilidade e à consistência interpretativa dos achados, incluindo a triangulação entre pesquisadora e orientadora durante a categorização e a validação interpretativa dos resultados¹⁸.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, CAAE nº 83069024.8.0000.5052, parecer nº 7.111.532, em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde^{19,20}. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a confidencialidade e anonimato das informações.

RESULTADOS

Esta seção apresenta os achados empíricos do estudo, organizados a partir da caracterização dos participantes e da análise temática das entrevistas, que resultou na identificação do tema central e dos subtemas analíticos.

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 34 profissionais de saúde atuantes na unidade de emergência. A faixa etária predominante foi de 30 a 39 anos (41,17%), seguida da faixa de 40 a 49 anos (29,41%). No que se refere ao gênero, a maioria dos participantes identificou-se com o gênero feminino (61,76%), 29,41% declararam-se do gênero masculino e 8,82% identificaram-se com outro gênero.

Em relação à raça/cor, houve predominância de profissionais pardos (55,88%), seguidos de brancos (23,53%), pretos (14,71%) e indígenas (5,88%). Quanto ao estado civil, verificou-se equilíbrio entre casados(as) (44,12%) e solteiros(as) (41,18%), com menor número de divorciados(as) (14,71%). No que se refere à religião, a maioria declarou-se católica (64,71%), seguida por evangé-

licos (17,65%), cristãos (5,88%), participantes sem religião (5,88%), espíritas (2,94%) e protestantes (2,94%).

Quanto à formação acadêmica, predominou a pós-graduação lato sensu (73,53%), seguida por profissionais apenas graduados (14,71%), mestres (8,82%) e doutores (2,94%). Em relação à categoria profissional, a maior parte da equipe foi composta por enfermeiros(as) (55,88%), seguidos por fisioterapeutas (23,53%), psicólogos(as) (8,82%), assistentes sociais (8,82%) e médicos(as) (2,94%). O tempo médio de formação profissional foi de 11,63 anos, variando de 1,5 a 40 anos, enquanto o tempo médio de experiência profissional na respectiva área de atuação foi de 8,78 anos, com variação de 1 a 35 anos. No tocante à renda mensal, 61,76% dos participantes declararam renda entre quatro e seis salários mínimos, faixa predominante na amostra.

A caracterização da equipe multiprofissional possibilitou compreender o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, configurando-se como base contextual para a análise das percep-

ções e práticas relatadas nas subseções seguintes.

Tema central e subtemas

A análise temática das entrevistas convergiu para o tema central “Percepções da equipe de saúde sobre a colaboração multiprofissional”, que expressa a fragilidade das práticas colaborativas e a invisibilidade institucional da violência no cotidiano do serviço de emergência.

Emergiram cinco subtemas analíticos: (1) Reconhecimento da violência; (2) Preparação da equipe; (3) Práticas colaborativas e liderança; (4) Comunicação interprofissional e contribuições; (5) Desafios institucionais à colaboração multiprofissional.

Reconhecimento da violência

A identificação de pacientes com suspeita de violência foi negada por 11 dos 34 participantes. No entanto, 23 profissionais afirmaram já ter se deparado, no decorrer dos atendimentos, com pessoas que deixaram transparecer, de modo sutil ou explícito, situações associadas à violência.

“Sim, com ressalvas sobre violência psicológica.” (P-08)

Os relatos revelaram silêncios, hesitações e respostas vacilantes, indicando que, em muitos casos, a violência é intuída, mas não nomeada ou formalmente registrada.

Preparação da equipe na visão interprofissional

A maioria dos participantes (n=23) não considera que a equipe disponha da preparação necessária para atender a situações que envolvem violência. Outros 11 participantes afirmaram que a equipe se encontra preparada, porém com limitações.

“Não, acredito que a equipe precise de treinamento para resolução de casos.” (P-03)

“Nem sempre.” (P-11)

“Algumas vezes, falta a percepção de como identificar os tipos de violências.” (P-18)

“Parcialmente... acho que falta formação e tempo.” (P-27)

Práticas colaborativas e liderança

Foi unânime entre os participantes o reconhecimento da importância da atuação conjunta no reconhecimento de casos de violência.

“Tem um papel de destaque, na identificação de sinais físicos e comportamentais, notificação e acompanhamento do caso.” (P-01)

“Importância de olhar geral, fisiológico e social.” (P-06)

“A importância é que terá um atendimento de qualidade, abrangente e empático.” (P-02)

“Porque a partir do momento que todos estão cientes, podemos evitar ou tentar uma maneira de

não acontecer novamente.” (P-04)

“Prestar apoio psicológico, físico, mental e espiritual para vítima, oferecendo confiança para a mesma.” (P-28)

Quanto às práticas adotadas:

“Geralmente os casos são identificados e alinhados junto à equipe para melhor resolução.” (P-03)

“Notificação, promoção de privacidade, escuta acolhedora, acompanhamento com a psicologia.” (P-08)

“Apoio da assistência social e psicologia. Viabilização de abordagem ao paciente. Fornecimento de mecanismo para saída da situação.” (P-09)

“Orientar sobre os direitos, equipamentos e serviços responsáveis.” (P-20)

Relatos de desconhecimento também emergiram:

“Ainda não presenciei, mas desconheço as práticas de lideranças colaborativas.” (P-27)

“Ainda não passei pelo problema e não tenho conhecimento do que fazer.” (P-30)

Comunicação interprofissional e contribuições

A comunicação foi reconhecida como base da atuação em equipe.

“Importante para que ao identificar a violência, o caso seja resolvido o mais breve.” (P-25)

“Sem comunicação, não há equipe multiprofissional.” (P-17)

“No contexto da melhoria e qualidade do cuidado.” (P-23)

“É importante para um atendimento de qualidade. Que o paciente seja visto como um todo, quando também há comunicação.” (P-27)

“Fundamental. Uma vez que há nuances que às vezes não são percebidas por toda equipe.” (P-09)

“Comunicação efetiva de todos da equipe para assim trabalhar o cuidado de forma individual.” (P-29)

Sobre contribuições específicas:

“Na identificação, formação de vínculo com a vítima, o encontro de dispositivos que possam apoiá-lo ao sair do hospital.” (P-09)

“Ouvir, acolher, notificar e ações educativas.” (P-02)

“Cada profissional em sua área (enfermagem, fisioterapeuta, médico...) teria que saber de uma problemática e tentar identificar.” (P-13)

“Através de um olhar conciso, no qual é específico de cada profissional.” (P-04)

“Cada membro da equipe tem um papel importante para ser desenvolvido. Cuidado especializado para o contexto.” (P-29)

Fragilidades comunicacionais:

“Ainda existe tabu sobre perguntar sobre acontecimento, falta de comunicação.” (P-06)

“Deficiente e insuficiente.” (P-24)

“Percebo que há contribuição, porém deveria ser de forma mais atenciosa, em todas as categorias.” (P-12)

“São poucas, quase zero, muitos não se manifestam, devido à falta de apoio ou não saber como lidar.” (P-30)

“Ainda se tem pouco conhecimento de que modo agir.” (P-31)

“Ainda é uma ação muito tímida, talvez por falta de conhecimento, medo de represália de violência da própria família agressiva.” (P-32)

Desafios institucionais à colaboração multiprofissional

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que a equipe multiprofissional reconhece a importância da colaboração no enfrentamento da violência, porém a prática cotidiana permanece marcada por fragmentação, ausência de protocolos e silenciamentos institucionais.

O reconhecimento implícito da violência, associado à negação formal de casos, expressa a existência de uma “zona cinzenta” entre o percebido e o institucionalmente reconhecido. Evidências produzidas em serviços de emergência, particularmente no contexto da violência por parceiro íntimo, demonstram que barreiras profissionais, institucionais e sistêmicas podem dificultar a identificação e a resposta às situações de violência, incluindo limitações de conhecimento e capacitação, tempo e privacidade insuficientes, elevada demanda assistencial e fragilidades na organização dos fluxos de atendimento^{7,8,21}. Nesse sentido, a distância entre perceber indícios de violência e incorporá-los formalmente ao cuidado pode favorecer sua permanência invisível no cotidiano assistencial.

A percepção de preparo insuficiente da equipe converge com estudos recentes que identificam lacunas de conhecimento e capacitação profissional entre as barreiras ao rastreamento, ao reconhecimento e ao manejo da violência em serviços de emergência^{8,21,22}. A superação dessas fragilidades, entretanto, não depende apenas da aquisição individual de conhecimentos, mas também de processos educativos articulados às condições concretas do trabalho, aos recursos disponíveis e à organização institucional^{11,12}. Assim, o enfrentamento da violência requer formação que favoreça competências colaborativas e prepare diferentes categorias profissionais para reconhecer e responder conjuntamente a situações complexas. A literatura

“Espaço inadequado, falta de profissionais com olhar na questão da violência, implantação de comissões específicas, para busca ativa de casos.” (P-01)

“Principalmente no contexto da urgência e emergência é complicado pela dinâmica do serviço.” (P-03)

“Comunicação, falta de capacitação e orientação sobre tipos de violências.” (P-18)

“O processo de sensibilização e conhecimento sobre os tipos de violências que podem surgir no serviço de urgência e emergência. Acho que são fatores que ultrapassam os desafios para a implementação de colaboração interprofissional.” (P-27)

“Omissão em alguns casos por medo, não notificar, pouco envolvimento.” (P-31)

recente sobre emergência identifica a falta de conhecimento e de infraestrutura entre as barreiras relatadas pelos próprios profissionais, enquanto o preparo, a disponibilidade de políticas institucionais e os recursos adequados atuam como facilitadores^{8,21,22}.

Embora os profissionais reconheçam a importância do trabalho conjunto, os achados revelam que a prática predominante configura colaboração multiprofissional por encaminhamento, concentrando a responsabilidade nos núcleos de psicologia e assistência social. A presença simultânea de diferentes categorias profissionais não implica, por si só, integração entre saberes e práticas, uma vez que a interprofissionalidade pressupõe interação, objetivos compartilhados, reconhecimento da complementaridade dos papéis e corresponsabilização pelo cuidado¹. No ambiente de emergência, a qualidade do trabalho interprofissional também depende da capacidade da equipe de compartilhar informações, estabelecer relações de confiança e coordenar suas ações diante de situações complexas⁴. Desse modo, o encaminhamento pode integrar o cuidado, mas, quando assume a forma de transferência da responsabilidade para outra categoria, tende a preservar a fragmentação multiprofissional identificada nos relatos. Milton *et al.*⁴ encontraram justamente a comunicação, a confiança e a coordenação entre os elementos relacionados ao funcionamento do trabalho interprofissional em um cenário de emergência de alto risco.

A comunicação foi reconhecida como elemento estruturante do trabalho em equipe, porém compreendida de forma predominantemente instrumental. Esse achado merece atenção porque a comunicação interprofissional ultrapassa o simples repasse de informações e é influenciada pelas relações en-

tre os profissionais, pelos papéis assumidos, pelas hierarquias e pelas condições organizacionais do trabalho^{4,23}. Revisões da literatura e estudos conduzidos no contexto hospitalar e de emergência apontam que relações interprofissionais colaborativas, confiança, compartilhamento de informações e coordenação favorecem o trabalho em equipe, enquanto ambientes hierarquizados e dificuldades organizacionais podem comprometer a comunicação e a colaboração^{4,23}.

Nessa perspectiva, a comunicação constitui um mecanismo relevante para a transição da multiprofissionalidade para a interprofissionalidade. Quando o contato entre as categorias se restringe ao repasse de informações e ao encaminhamento de demandas, preservam-se fronteiras profissionais e responsabilidades relativamente isoladas; quando envolve diálogo, compartilhamento de perspectivas, negociação de papéis e construção conjunta das decisões, ampliam-se as possibilidades de integração e corresponsabilização pelo cuidado^{1,4,23}. No contexto da violência, essa articulação assume particular relevância, pois sinais físicos, comportamentais e sociais podem ser percebidos de maneiras distintas pelas diferentes categorias profissionais, de modo que a integração dessas percepções pode contribuir para uma compreensão mais abrangente da situação e para a definição compartilhada das condutas. Assim, a fragilidade comunicacional observada nos relatos não representa apenas uma dificuldade operacional, mas pode constituir uma barreira à construção da prática interprofissional.

Os desafios institucionais – ausência de protocolos, insuficiência de capacitação, sobrecarga de trabalho e estrutura inadequada – revelam que a omissão diante da violência não decorre apenas de atitudes individuais, mas também das condições

organizacionais nas quais o cuidado é produzido. Evidências recentes sobre o atendimento à violência por parceiro íntimo em serviços de emergência identificam barreiras em diferentes níveis, incluindo conhecimento profissional insuficiente, restrições de tempo e privacidade, elevada demanda assistencial, limitações de infraestrutura e dificuldades de acesso a recursos especializados^{7,8,21,22}. Em contrapartida, a capacitação, a disponibilidade de políticas e protocolos, o suporte institucional e o acesso a recursos apropriados são apontados como elementos capazes de favorecer a resposta profissional^{8,21,22}. Esses achados reforçam a compreensão de que o reconhecimento da violência exige suporte técnico e organizacional, e não apenas iniciativa individual dos profissionais.

Nesse cenário, a interprofissionalidade configura-se como horizonte normativo desejado, mas ainda distante da prática observada. A consolidação desse modelo requer ações articuladas que envolvam a qualificação profissional, o fortalecimento da comunicação, a definição compartilhada de responsabilidades e a organização de fluxos assistenciais capazes de sustentar o reconhecimento e a resposta às situações de violência^{1,4,11,12,23}. Além disso, evidências provenientes de serviços de emergência e trauma indicam que a adoção de protocolos estruturados de rastreamento pode ampliar a identificação de pessoas em situação de violência por parceiro íntimo quando comparada a abordagens não padronizadas²⁴. Entretanto, protocolos isolados não substituem a construção de uma cultura colaborativa na qual diferentes profissionais disponham de condições para compartilhar informações, discutir situações identificadas e assumir conjuntamente a responsabilidade pelo cuidado.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou as percepções da equipe multiprofissional de um serviço de emergência pública terciária sobre a colaboração no reconhecimento de situações de violência. Os resultados evidenciam que, embora os profissionais reconheçam a importância da atuação conjunta, o trabalho cotidiano permanece predominantemente multiprofissional, com práticas fragmentadas e dependentes da iniciativa individual.

A ausência de protocolos institucionais, de capacitação sistemática e de espaços formais de discussão coletiva limita a consolidação da interprofissionalidade e contribui para a invisibilidade e a subnotificação da violência no contexto da emergência. A comuni-

cação, embora reconhecida como essencial, mostrou-se fragilizada e insuficiente para sustentar decisões compartilhadas e a corresponsabilização pelo cuidado.

Conclui-se que o fortalecimento da colaboração interprofissional no enfrentamento da violência em serviços de urgência e emergência requer investimentos em educação permanente, a definição de fluxos assistenciais claros e a construção de uma cultura institucional que reconheça o cuidado às pessoas em situação de violência como responsabilidade coletiva da equipe. Os achados contribuem para subsidiar estratégias de qualificação do cuidado integral às pessoas em situação de violência nesses contextos.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Silva, SS; Vieira, LJS. Metodologia: Silva, SS; Vieira, LJS. Investigação: Silva, SS. Curadoria de dados: Silva, SS. Análise formal: Silva, SS; Vieira, LJS. Escrita – Primeira redação: Silva, SS. Escrita – Revisão e edição: Silva, SS; Vieira, LJS; Silva, RM; Probo, DRG; Alencar, SVGL. Validação: Vieira, LJS; Silva, RM; Probo, DRG; Alencar, SVGL. Supervisão: Vieira, LJS. Administração do projeto: Silva, SS; Vieira, LJS. Visualização: Silva, SS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de disponibilidade dos dados

O quadro analítico de codificação encontra-se disponível como Material Suplementar 1. Os dados brutos das entrevistas não estão publicamente disponíveis por questões éticas e de confidencialidade.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(Supl 1):e0024678. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00246.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em: <https://iris.who.int/items/5abdd692-c95e-49e7-bf5e-620a744062df>. Acesso em: 16 ago. 2026.
3. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub3.
4. Milton J, Erichsen Andersson A, Åberg ND, Gillespie BM, Oxelmark L. Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2022;30(1):46. DOI: 10.1186/s13049-022-01034-0.
5. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 16 ago. 2026.
6. World Health Organization. Preventing injuries and violence: an overview. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047136>. Acesso em: 16 ago. 2026.
7. Spangaro J, et al. Emergency Department staff experiences of screening and response for intimate partner violence in a multi-site feasibility study: acceptability, enablers and barriers. *Australas Emerg Care*. 2022;25(3):179-184. DOI: 10.1016/j.auec.2021.12.004.
8. Saberi E, Hutchinson M, Hurley J. Implementing intimate partner violence (IPV) screening within emergency departments: barriers, challenges and enablers experienced by intimate partner violence practice change champions. *Int Emerg Nurs*. 2023;69:101311. DOI: 10.1016/j.ienj.2023.101311.
9. Vasconcelos NM, et al. Underreporting of violence against women: an analysis of two data sources. *Cien Saude Colet*. 2024;29(10):e07732023. DOI: 10.1590/1413-812320242910.07732023.
10. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 2):1525-1534. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827.
11. Saragih ID, Hsiao CT, Fann WC, Hsu CM, Saragih IS, Lee BO. Impacts of interprofessional education on collaborative practice of healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2024;136:106136. DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106136.
12. Rutherford-Hemming T, Linder G. Exploring the frameworks, needs, and barriers of interprofessional education and simulation in emergency medicine. *Simul Healthc*. 2024;19(1):47-51. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000712.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
14. Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Stat*. 1961;32(1):148-170. DOI: 10.1214/aoms/1177705148.
15. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: a systematic review of empirical tests. *Soc Sci Med*. 2022;292:114523. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114523.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
17. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013;21(2):513-518. DOI: 10.9788/TP2013.2-16.
18. Adler RH. Trustworthiness in qualitative research. *J Hum Lact*. 2022;38(4):598-602. DOI: 10.1177/08903344221116620.
19. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: Resolução CNS nº 466/2012. Acesso em: 16 ago. 2026.
20. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2016. Disponível em: Resolução CNS nº 510/2016. Acesso em: 16 ago. 2026.
21. Duchesne E, Nathoo A, Walker M, Bartels SA. Patient and provider emergency care experiences related to intimate partner violence: a systematic review of the existing evidence. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(5):2901-2921. DOI: 10.1177/15248380221118962.
22. Ziola EA, Gimenez MA, Stevenson AP, Newberry JA. The role of emergency medicine in intimate partner violence: a scoping review of screening, survivor resources, and barriers. *Trauma Violence Abuse*. 2024;25(5):3923-3937. DOI: 10.1177/15248380241265383.
23. Gleeson LL, O'Brien GL, O'Mahony D, Byrne S. Interprofessional communication in the hospital setting: a systematic review of the qualitative literature. *J Interprof Care*. 2023;37(2):203-213. DOI: 10.1080/13561820.2022.2028746.
24. Teichman AL, et al. Screening and intervention for intimate partner violence at trauma centers and emergency departments: an evidence-based systematic review from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2023;8(1):e001041. DOI: 10.1136/tsaco-2022-001041.

Como citar este artigo: Silva, S.S., Vieira, L.J.E.S., Silva, R.M., Probo, D.R.G., Alencar, S.V.G.L. (2026). Colaboração multiprofissional no reconhecimento das situações de violência em emergência pública: limites para a interprofissionalidade. *O Mundo Da Saúde*, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19552026P>. *Mundo Saúde*. 2026,50:e19552026.

MATERIAL SUPLEMENTAR 1

Material Suplementar 1 – Codificação usada na análise dos dados, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2025.

Q.1	Utilizou S (Sim) <i>reconhecimento</i> da violência, N (Não) <i>invisibilidade da violência</i> e P (Parcial) <i>dificuldade de identificação</i> (“às vezes” ou “parcialmente”). Subtemas: Reconhecimento (clareza na identificação), Invisibilidade (negação/identificação) e Dificuldade de identificação (respostas parciais ou incertas).
Q.2	N-LF, N-FP e N-FO para indicar respostas <i>negativas ligadas a lacunas, falta de preparo ou formação profissional</i>; S-RP para <i>reconhecimento parcial</i>; P-II, P-FT e P-PS para respostas <i>parciais ou hesitações</i>; e R-VP para <i>ressalvas sobre a violência psicológica</i>. Subtemas: <i>Lacunas na formação, Reconhecimento parcial, Oscilação na identificação e Resalvas específicas.</i>
Q.3	I-SF, I-AC, I-AT, I-CN, I-FL, I-BP, I-RP, I-PR, I-RE, I-AF, I-DC, I-SM, I-NF, I-AP e I-DN, representando respectivamente identificação de sinais, atendimento acolhedor, atribuições específicas, consciência coletiva, fluxo e protocolos, visão biopsicossocial, respostas genéricas de importância, proteção/rapidez, prevenção da recorrência, acolhimento familiar, diálogo, sensibilidade multifatorial, necessidade de formação, apoio psicológico e denúncia. Subtemas: <i>Identificação de sinais, Atribuições e condutas, Acolhimento/apoio, Comunicação e Formação/qualificação.</i>
Q.4	N (notificação), E (encaminhamento), A (acolhimento), C (conversa/diálogo), SS (serviço social), Psi (psicologia), Eq (equipe multiprofissional), R (resolução/condutas), O (orientação), Se (serviço de segurança) e ND (não descreve práticas). Subtemas: <i>Notificação/encaminhamento, Acolhimento/direitos/notificação, Trabalho em equipe, Serviço Social/Psicóloga.</i>
Q.5	C-AQ (comunicação, acolhida, escuta qualificada), C-CL (comunicação clara/objetiva), C-FI (fundamental/importante), C-UT (utilidade para resolução), C-FA (falha/deficiente), C-TB (tabu/dificuldade de abordar), C-RA (rápida/eficaz), C-AS (assertiva/ética), C-EM (empática), C-CO (confiança/segurança ao paciente), C-RE (resolução de problemas), C-DA (diálogo/alternativas), C-SQ (sem comunicação não há equipe), C-PA (atuação específica), C-RP (rede de apoio), C-MQ (melhoria/qualidade do cuidado), C-CD (coleta de dados), C-IE (comunicação integrada, efetiva) e C-NF (necessidade de fortalecimento da comunicação). Subtemas: <i>Importância da comunicação, Comunicação clara, Falhas/barreiras, Acolhimento/ escuta.</i>

Q.6	ID (identificação), A (acolhimento), AE (ações educativas), OE (olhar específico), LG (lacunas na gestão), FC (falta de capacitação), DC (desfecho clínico), NV (necessidade de valorização), RE (resposta evasiva), SS-Psi (serviço social e psicologia), PC (pouca contribuição), PK (pouco conhecimento), AM (ação tímida/medo de represália) e SM (preservação da saúde mental). Subtemas: <i>Especificidade profissional, Avaliação/assistência, Ação tímida, Pouca contribuição.</i>
Q.7	EA (estrutura/ambiência), CF (comunicação frágil), FQ (falta de qualificação), DS (dinâmica do serviço), FTI (falta de tempo/interesse), B-PM (baixa participação multiprofissional), DV (desconhecimento sobre violências), PPA (problemas pós-alta), BU (burocracia), PH (percepção humanizada), CP (capacitação), PP (proatividade), EDS (educação em saúde), ADE (adesão das equipes), PR (preservação da vítima), DO (desorganização), FRI (formação insuficiente), DI (demora institucional), RIF (resistência familiar), OM (omissão/medo), SE (sensibilização) e AH (abordagem humanizada). Subtemas: <i>Dinâmica do serviço, Comunicação/formação; Sensibilização/conhecimento, Desorganização/colaboração.</i>

Fonte: Dados da pesquisa (2025). Legenda: Q = Questão.