

# ELEMENTOS QUE DIFICULTAM A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

## ELEMENTS THAT HINDER THE NOTIFICATION OF VIOLENCE: PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

## ELEMENTOS QUE DIFICULTAN LA NOTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA: PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Joicineide Cupertino Conceição<sup>1</sup>  
Maria Enoy Neves Gusmão<sup>2</sup>  
Simone Santos Souza<sup>3</sup>  
Nadirlene Pereira Gomes<sup>4</sup>

A violência tem crescido no Brasil e no mundo, tornando-se um problema de saúde pública. Este agravo, que deveria ser notificado como qualquer outra doença de notificação compulsória, ainda não recebe o tratamento que lhe é devido por parte dos profissionais de saúde. O presente estudo teve como objetivo geral analisar os elementos que dificultam a notificação da violência nas Unidades de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de campo de caráter descritivo, exploratório com abordagem qualitativa. Foi realizado em três Unidades de Saúde da Família da cidade de Salvador, Bahia. Para a coleta de dados, realizada entre maio e junho de 2011, recorreu-se à entrevista semiestruturada. O estudo mostra que os profissionais demonstram entender a importância da notificação compulsória da violência enquanto instrumento estratégico para desvelar a magnitude do fenômeno, necessária para a implementação de ações políticas de prevenção e enfrentamento. No entanto, para os sujeitos, algumas situações dificultam tal processo: não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde e receio de represália por parte do autor da agressão. Concluiu-se que a temática violência, com ênfase na notificação compulsória, precisa ser incluída nos conteúdos curriculares dos espaços de formação como também nos cenários profissionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Notificação compulsória de abuso. Saúde da família. Enfermagem.

*Violence has increased in Brazil and worldwide, making it a public health problem. This grievance, which should be reported as any other notifiable disease, is not receiving the necessary attention that it should from the health professionals. This study is aimed at analyzing the elements that hinder the notification of violence in the Family Health Units. This is a descriptive exploratory field study of qualitative approach. The study was conducted in three units of the Family Health in the city of Salvador, Bahia, Brazil. The data collection was done through interviews conducted between May and June 2011. The study shows that practitioners demonstrate to understand the importance of mandatory reporting of violence as a strategic tool to reveal the magnitude of the phenomenon, necessary for the*

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestrado em Saúde Pública, na área de Epidemiologia, pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Doutorado em Saúde Pública, na área de Epidemiologia, pelo ISC/UFBA. egusmao@ufba.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestrado em Enfermagem pela UFBA. Professora orientadora da Escola Estadual de Saúde Pública e do Centro Universitário Jorge Amado. simonessouza18@hotmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira. Pós-doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutora em Enfermagem pela UFBA. Mestre em Enfermagem pela UFBA. Especialista em Capacitação Pedagógica. nadirlenegomes@hotmail.com

*implementation of precautionary and confrontation policies and actions. However, to respondents, some situations hinder this process: non-recognition of violence by the health professionals and fear of retaliation by the perpetrator of the assault. It can be concluded that the topic of violence related to the compulsory notification needs to be included in the syllabuses of training spaces as well as in professional settings.*

**KEYWORDS:** *Violence. Mandatory reporting. Family health. Nursing.*

*La violencia ha aumentado en Brasil y en todo el mundo, transformándose es un problema de salud pública. Este agravo, que debería ser notificado como cualquier enfermedad de registro obligatorio, aún no recibe el tratamiento que debido por los profesionales de la salud. Este estudio tuvo como objetivo general analizar los elementos que dificultan la notificación de la violencia en las Unidades de Salud Familiar. Se trata de un estudio de campo, descriptivo, exploratorio y con enfoque cualitativo. Fue realizado en tres unidades de la Salud Familiar en la ciudad de Salvador, Bahía. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas semiestructuradas llevadas a cabo entre mayo y junio de 2011. El estudio muestra que los profesionales demuestran entender la importancia de la notificación obligatoria de la violencia como una herramienta estratégica para desvelar la magnitud del fenómeno, además de su necesidad para la aplicación de políticas de prevención y acciones de enfrentamiento. Sin embargo, para los sujetos del estudio, algunas situaciones dificultan este proceso: el no reconocimiento de la violencia por parte de los profesionales de la salud y el temor a represalias por parte del agresor. Se concluye que la temática de la violencia, centrada en la notificación obligatoria, debe ser contemplada en los contenidos curriculares, en los espacios de formación, así como en los ámbitos profesionales.*

**PALABRAS-CLAVE:** *Violencia. Notificación obligatoria de abuso. Salud de la familia. Enfermería.*

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende por violência o uso da força física contra si próprio, outras pessoas, um grupo ou comunidade, gerando lesões, danos psicológicos e sociais e morte. As repercussões sobre os serviços de saúde e os impactos sociopolíticos e econômicos fazem com que este evento seja considerado um problema de saúde pública (DAHLBERG; KRUG, 2006).

O Relatório sobre Violência e Saúde informa que, a cada ano, mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida por ações violentas, isto sem considerar os casos que não são notificados (FORTUNATO, 2009). Inseridas nas causas externas, as mortes relacionadas à violência ocupam a quarta posição no mundo, sendo precedidas pelas doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e parasitárias e pelas neoplasias. Na África, as causas externas representam a segunda causa de morte. Na Europa, na América, nos países do Leste do Mediterrâneo e no Sudeste da Ásia, constituem-se na terceira. Dentre as chamadas causas externas, as principais causas de morte variam: na África, predominam as guerras e os homicídios; e na Europa e nas Américas, os acidentes por veículos (SOUSA; SOUZA NÉTTO, 2010).

No Brasil, a mortalidade por causa externa é a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos (BRASIL, 2009). Estatísticas apontam que uma pessoa morre a cada 12 minutos por causas externas, representando 45 mil óbitos por ano, fazendo com que o país seja titulado como o campeão mundial em números de homicídios. Com 3% da população mundial, o Brasil responde por 13% dos assassinatos (FORTUNATO, 2009).

Vale dizer que, em 2000, deram entrada nos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas necessitando tratamento hospitalar para lesões e traumas provenientes de acidentes e violência (BRASIL, 2005). Todavia, não é possível mensurar o custo real da violência para o SUS, pois são identificadas mais comumente as situações mais graves, geralmente relacionadas à violência urbana. No âmbito doméstico, contudo, a violência que vitimiza crianças, adolescentes, mulheres e idosos, muitas vezes, permanece mascarada, levando à subenumeração dos casos (GOMES, 2009). A dificuldade dos profissionais de saúde para reconhecer a violência como agravo à saúde, sobretudo quando não deixa marcas visíveis, é um dos motivos que levam a subnotificação

dos casos (MONTEIRO, 2010; SALIBA et al., 2007).

Todavia, a notificação é um valioso mecanismo de combate à violência, pois, por meio dela, é possível conhecer e trazer benefícios para cada caso em particular; ao mesmo tempo, serve como instrumento de controle epidemiológico da violência. O profissional de saúde tem o dever legal de notificar os casos confirmados ou mesmo suspeitos de violência. Ao tornar esta prática uma realidade no seu cotidiano de trabalho, o profissional de saúde, desempenha um importante papel nesta área, contribuindo para o real dimensionamento epidemiológico deste fenômeno (GONÇALVES; FERREIRA, 2002). No momento em que a violência é encarada como um problema de saúde pública, deve ser notificada como qualquer outra enfermidade, caracterizada de notificação compulsória. Vale dizer que o profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar a violência conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n. 8.069/90), Estatuto do idoso (Lei Federal n. 10.741/03) e a lei de notificação compulsória de violência contra a mulher (Lei Federal n. 10.778/03). A inobservância de tal obrigação constitui infração, podendo os profissionais de saúde – médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, entre outros – sofrerem sanções penais. Vale salientar que a ausência de direcionamento de como se realizar a notificação, por esses dispositivos legais, pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a subenumeração dos dados (SALIBA et al., 2007).

Vale salientar que a notificação consiste no ato de informar aos órgãos competentes a ocorrência ou suspeita do fato, viabilizando a utilização das informações no planejamento das ações e políticas públicas, objetivando reduzir a prevalência e incidência da violência com base na realidade. Ao notificar, são fornecidos dados de identificação da vítima e do agressor, tipo e local da ocorrência, vínculo/grau de parentesco, dentre outros; todavia, seu caráter é sigiloso, não permitindo, portanto, que o profissional seja identificado. Diferentemente da notificação, a denúncia refere-se ao registro da ocorrência na delegacia. Esta, sim, gera investigação (BANNWART;

BRINO, 2011). Já no caso de violência contra crianças ou adolescentes menores de 18 anos, o fato deve ser comunicado ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e Juventude, ato que implicará em investigações e, conseqüentemente, em denúncia (FAÚNDES et al., 2006).

Neste contexto, faz-se necessário ressaltar a diferença entre a notificação e a denúncia. Enquanto a primeira é um registro institucionalizado de um fato, ou seja, a comunicação formal, a denúncia refere-se a um processo que inicia a ação penal planejada pelo Ministério Público. Uma não invalida a outra, podendo, assim, o mesmo profissional realizar ambas concomitantemente (BRASIL, 2005).

No município de Salvador, Bahia, a violência aumentou 177% nos últimos dez anos (FRAZÃO, 2010). Nesta mesma localidade, entre janeiro de 2009 e outubro de 2010, foram notificados 4.400 casos de violência doméstica e sexual. No distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário em Salvador, no período de 2000 a 2008, foram totalizados 267 óbitos por causas externas de morbidade e mortalidade, sendo 179 por agressão (SALVADOR, 2010).

Desde março de 2009, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA) vem desenvolvendo atividades sobre o tema da violência no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF), em Salvador. Este programa, que envolve docentes e discentes da área da saúde de universidades federais e profissionais de diversas unidades de saúde, foi criado pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo, com base na integração ensino-serviço-comunidade, inserir os discentes nas realidades locais e estimular o reconhecimento dos agravos de saúde e implementação de ações para sua intervenção.

A modalidade PET-SAÚDE/Saúde da Família em Salvador tem como objetivo geral construir espaços de aprendizagem, tomando como ponto de partida a violência compreendida como um problema de saúde coletiva, numa articulação de saberes e práticas multidisciplinares e do senso comum das comunidades locais, possibilitando um processo de aprendizagem ativa entre os

discentes e docentes dos cursos de saúde, os profissionais e trabalhadores das unidades de saúde da família e grupos das comunidades locais. Nesse contexto, tornou-se possível perceber que, mesmo com teorizações a respeito da violência como um problema de saúde pública e do dever legal de notificar os casos de violência, os profissionais ainda não incorporaram esta atividade como uma estratégia para a visibilidade e o conhecimento da magnitude do problema da violência no DSSF.

Diante o exposto, adotou-se como objeto de estudo a dificuldade para notificação da violência e como objetivo geral analisar os elementos que dificultam a notificação da violência nas USF do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, Bahia, Brasil. Delimitaram-se como objetivos específicos: identificar o conhecimento de profissionais de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador sobre a finalidade da notificação da violência e identificar as dificuldades encontradas para notificar a violência.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória consiste na busca das dimensões do fenômeno, na maneira como ele se manifesta e como se relaciona com outros fatores e o estudo descritivo tem como objetivo principal relatar as características dos indivíduos, situações ou grupos (POLIT; HUNGLER, 2004), possibilitando descrever o objeto de estudo e melhor compreendê-lo.

O estudo foi desenvolvido em Unidades de Saúde da Família (USF) do DSSF em Salvador, Bahia, Brasil. Segundo estimativas do relatório da Prefeitura Municipal de Salvador (2006), a população residente no município de Salvador, capital do estado da Bahia, é da ordem de 3.021.572 habitantes. O município ocupa uma extensão territorial de 707 km<sup>2</sup>. A sua organização político-administrativa compreende 18 Regiões Administrativas e 12 Distritos Sanitários, dentre os quais o DSSF, onde se concentra a população

mais carente da cidade do Salvador, com maior dificuldade de acesso a bens e serviços por questões sociais, econômicas e geográficas, possuindo os piores indicadores econômicos, sanitários e sociais do município.

Considerado o maior distrito sanitário, o DSSF comporta a maior cobertura da ESF, abrangendo 60% da população, e concentra a maior quantidade de unidades de saúde da família do município. Com uma população de 324.931 habitantes, conta com 19 Unidades de Saúde da Família (USF), quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), um pronto-atendimento, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2009). Dentre as 19 unidades de saúde, 11 fazem parte do PET-Saúde/Saúde da Família, das quais três foram escolhidas aleatoriamente para fazer parte do estudo. Vale referir que duas destas unidades notificaram apenas um caso de violência e uma USF nunca realizou a notificação compulsória desta ocorrência.

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos por profissionais que integram a equipe mínima das USF: enfermeiros, médicos e dentistas. Para a inclusão dos participantes no estudo foram considerados os seguintes critérios: estar lotado na USF do DSSF inserido no PET-Saúde/Saúde da Família; estar exercendo ativamente a função no período de coleta de dados; ter pelo menos seis meses de vínculo na unidade; e concordar em participar do estudo. Dos oito profissionais que se enquadram nesses prerrequisitos, todos aceitaram participar da pesquisa. Os sujeitos caracterizam-se por serem profissionais com nível superior, sendo cinco enfermeiras, dois dentistas e uma médica. O tempo de atuação profissional na unidade variou de dois a sete anos.

Esta pesquisa foi primeiramente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, observando-se os preceitos éticos conforme Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que fixa as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Foi desenvolvida após aprovação pelo CEP, sob o n. 12/2011.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista. Para Marconi (2006), entrevista é uma interação entre duas pessoas, realizada com o propósito de obter informações a respeito de determinado assunto. Como instrumento de coleta, elegeu-se um roteiro semiestruturado composto por questões abertas sobre a finalidade da ficha de notificação da violência e dificuldades para sua notificação. O contato com os profissionais deu-se por meio de telefonemas às USF onde trabalhavam. Esclareceu-se acerca da relevância e objetivo do estudo e questionou-se sobre a possibilidade de agendamento para melhor esclarecimento sobre a pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no período entre maio e junho de 2011, no lócus de trabalho dos profissionais e gravadas em um gravador portátil. Antes, entretanto, os sujeitos foram esclarecidos quanto aos aspectos éticos, dentre os quais: o direito de participar ou não do estudo, bem como de desistir a qualquer momento; a não remuneração pela participação na pesquisa; a garantia do anonimato dos sujeitos e da confiabilidade das informações. Para isto, as unidades de saúde foram identificadas pelas iniciais "USF", seguidas dos números arábicos 1, 2 ou 3, considerando serem três as unidades estudadas. Para identificação dos sujeitos, utilizou-se o nome de sua categoria profissional, seguido de um numeral arábico, considerando a quantidade de entrevistados. Aceitando constituírem-se sujeitos da pesquisa, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas e os dados organizados com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2009), que recomenda a identificação das ideias centrais do conteúdo das falas, cujo agrupamento possibilitou encontrar os seguintes temas: Conhecimento acerca da finalidade da notificação compulsória da violência; e Dificuldades para notificação da violência. Este último apresenta as categorias: Não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde e Receio de represália por parte do autor da agressão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As ideias centrais desveladas nas entrevistas permitiram emergir os seguintes temas e categorias abordados nas seções a seguir: conhecimento acerca da finalidade da notificação compulsória da violência e dificuldades para a notificação da violência.

### **Conhecimento acerca da finalidade da notificação compulsória da violência**

Embora a notificação compulsória da violência não seja uma prática frequente nas três unidades de saúde lócus do estudo, os profissionais demonstraram entender sua importância enquanto instrumento estratégico para desvelar a magnitude do fenômeno, necessária para a implementação de ações políticas de prevenção e enfrentamento. O nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a finalidade da notificação compulsória da violência doméstica pode ser identificado nas seguintes falas: "[...] a ficha de notificação serve para informar ao Ministério da Saúde sobre os casos de violência que existem, a fim de que novas políticas de saúde sejam criadas." (Enfermeira 1, USF 1); "Essa ficha é mais como um instrumento que vai dar uma estatística para gerar números, para que as autoridades tomem as atitudes cabíveis. (Médica 1, USF 3); "A relevância da ficha é alimentar dados no Sinan para que, a partir disto, possam ser geradas políticas públicas voltadas para os problemas mais iminentes que, através da notificação, foram levantados." (Enfermeira 3, USF 2).

Fica claro que os profissionais entendem a notificação da violência numa perspectiva epidemiológica. Epidemiologia é um termo de origem grega: *epi* significa sobre, *demo* significa população e *logia* significa estudo, ou seja, o estudo sobre a população (BRASIL, 2005). Assim sendo, a notificação consiste em um instrumento de vigilância epidemiológica e os casos notificados de violência tornam possível conhecer os tipos de violência a que está exposta a população de uma determinada localidade, inclusive referentes à violência doméstica (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Ao referirem que a notificação de violência consiste em dados estatísticos enviados para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e para o Ministério da Saúde, visando a criação de políticas públicas, os entrevistados demonstram conhecimento acerca do fluxo da ficha de notificação da violência, bem como de sua finalidade.

Neste estudo, todos os profissionais entrevistados corroboram que as notificações de violência fornecem subsídios para a formulação e/ou implementação de ações políticas com vistas a solucionar tal problema. Alguns profissionais de saúde, entretanto, sinalizam ser este um instrumento que também proporciona um conhecimento da situação de violência da comunidade adscrita, podendo direcionar para ações de prevenção/enfrentamento da violência local. É o que mostram as falas a seguir:

“A ficha é importante para a gente estar identificando os casos de violência que acontecem na área e fazer também com que estes casos venham a diminuir [...] fazer com que isto ocorra cada vez menos. A partir do momento que a gente identifica, tem como estar atuando sobre o problema.” (Enfermeira 2, USF 2).

“É preciso notificar para a gente saber como lidar com a situação em nossa comunidade [...]” (Médica 1, USF 3).

Percebe-se, assim, que os profissionais de saúde entrevistados compreendem a importância da notificação da violência para além dos aspectos epidemiológicos capazes de nortear o direcionamento de ações políticas a nível nacional, demonstrando uma sensibilidade para os problemas atuais e presentes no seu espaço profissional de atuação e a necessidade de estratégias de enfrentamento local.

### **Dificuldades para a notificação da violência**

Embora os profissionais tenham conhecimento acerca da finalidade da notificação compulsória da violência, algumas situações dificultam tal

processo: não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde e receio de represália por parte do autor da agressão.

### *Não reconhecimento da violência por parte do profissional de saúde*

O não reconhecimento de situações de violência vivenciadas pelos usuários por parte dos profissionais de saúde é um elemento que impede a notificação, o que é comum, sobretudo nos casos em que a violência se dá de forma velada, sem sinais físicos visíveis. Daí, a subjetividade que permeia a identificação da violência surge enquanto um empecilho para notificação. “[...] tem coisas que são muito evidentes e tem coisas que não. O que é muito subjetivo.” (Enfermeira 3, USF 2).

Segundo o dicionário Aurélio, evidência é aquilo que está à mostra e a última fala aponta que as coisas que não são evidentes são subjetivas. Assim, a subjetividade e, por conseguinte, a invisibilidade da violência, sobretudo a doméstica, é um fator dificultador para se notificar os casos. Sinaliza-se, pois, para o grande desafio que envolve a identificação da violência que não se apresenta de forma explícita, o que acaba por mascarar uma falsa realidade, como demonstram as seguintes falas: “[...] o número de casos que chega para as unidades de saúde é pequeno ainda.” (Enfermeira 1, USF 1); “Na realidade, para mim, não chega muito. É difícil [...] Não sei se é dificuldade minha ou se realmente não vem.” (Dentista 1, USF 1).

Gomes (2009) afirma que a atitude dos profissionais de saúde diante da violência está relacionada àquilo que eles conseguem visualizar como tal. Neste contexto, o não reconhecimento da violência reflete-se na postura de não notificação. Vale salientar que revelar a vivência de violência não é uma atitude fácil de ser realizada. O ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um estranho pode fragilizar ainda mais a vítima, provocando fortes reações negativas (BRASIL, 2002). Por isso, muitas vezes, o usuário não se sente à vontade para revelar sua situação. Esta realidade é apontada pelos profissionais de saúde: “A principal dificuldade é que

a pessoa envolvida, a vítima, ela nunca quer dizer o que realmente aconteceu [...] até pra proteger a pessoa que a agrediu.” (Enfermeira 2, USF 1); “[...] as pessoas não contam [...] os pacientes, muitas das vezes, podem esconder.” (Enfermeira 1, USF 2).

É responsabilidade do profissional de saúde – conforme recomenda o Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso e a lei de notificação compulsória da violência contra a mulher – estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência. Daí a necessidade de uma abordagem que transmita segurança e confiança ao usuário a ponto de fazê-lo sentir-se à vontade para revelar sua situação e, conseqüentemente, receber a ajuda que precisa. Neste sentido, uma consulta estruturada, que leve em conta somente normas de manuais de saúde, não revela os problemas ocultos vivenciados pelos pacientes. Isto faz com que os profissionais considerem pequeno o quantitativo de casos de violência.

Todavia, estudos apontam que os serviços de saúde estão em posição privilegiada para tal identificação. De fato, os serviços de saúde configuram-se como um lócus importante para o reconhecimento da violência doméstica, entretanto, para que esta se torne visível na rede básica de saúde, são necessárias mudanças nas abordagens realizadas pelos profissionais, para não priorizarem apenas o cumprimento de metas e a execução das técnicas propostas pelos programas (ANDRADE; FONSECA, 2008). O modelo biologicista ainda hegemônico na estrutura e organização dos currículos impede a percepção do ser humano na sua integralidade (ANDRADE; COSTA, 2011), apontando para a importância de uma formação que permita um olhar para além dos aspectos clínicos, valorize a escuta e considere o contexto familiar, social e econômico.

Assim, independente do espaço de atuação profissional, seja durante as consultas, as visitas domiciliares, as atividades educativas ou em outro momento de interação com a comunidade, é possível a identificação de pessoas em vivência de violência. No entanto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a aproximação do profissional e a demonstração de preocupação com

a vida do paciente poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro.

#### *Receio de represália por parte do autor da agressão*

As atividades preconizadas pelo Programa de Saúde da Família, como o vínculo com a população, tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e a comunidade, proporcionando rápida identificação de famílias de risco, de modo que este modelo de atenção à saúde tem papel fundamental na abordagem das situações de violência em suas diversas modalidades e peculiaridades (MARTINS, 2007).

No entanto, se por um lado o vínculo favorece a aproximação do profissional com o usuário, ampliando a eficácia das ações de saúde e a possibilidade de identificação de riscos, inclusive a vivência de violência, por outro, esta situação pode resultar em ações repressivas para os profissionais de saúde. É o que revelam as seguintes falas:

“Devido ao vínculo que o profissional tem com a comunidade, às vezes, ele é escolhido pela pessoa que está sofrendo violência para se desabafar. É isso que gera muito temor [...] O grande medo das pessoas, dos profissionais, é que a gente pode sofrer represália.” (Médica 1, USF 3).

“O que cria uma ansiedade dos profissionais da ponta é o fato de estarmos presente aqui 40 horas, do vínculo dos profissionais de saúde e a comunidade [...] isto pode gerar conseqüências para o profissional, porque esta notificação dentro do sistema, ela vai gerar uma intervenção para o agressor [...] E os profissionais estão aqui 40 horas e este é o maior empecilho.” (Dentista 1, USF 2).

“[...] alguns profissionais ficam com medo de notificar. Medo de que o agressor saiba que aquilo foi notificado e venha querer se vingar [...] invadir o espaço da unidade, como já aconteceu. Então eu acho que tem mais é a questão do medo.” (Enfermeira 2, USF 2).

Percebe-se uma resistência por parte dos profissionais em abordar a violência. Esta resistência guarda relação com o temor e o receio que envolve a notificação da violência na comunidade. Muitos profissionais sentem-se vulneráveis, sobretudo por estarem inseridos em um modelo de saúde cuja atuação na comunidade é diária. Nota-se, portanto, que a violência é um assunto que causa bastante desconforto nos profissionais de saúde, sobretudo porque estes referem ter medo da própria violência urbana. “Às vezes eu fico receosa de estar notificando determinados casos [...] A comunidade é violenta [...]” (Enfermeira 3, USF 2).

Sabe-se que a violência urbana é uma constante no cotidiano de muitas cidades brasileiras, não sendo diferente no DSSF que, segundo Soares (2002), encontra-se em situação de violência permanente comparado a outros bairros violentos da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Estas situações dificultam ainda mais o processo de notificação, visto que, na visão dos profissionais, esta ação pode desencadear uma reação de vingança por parte do acusado da agressão, o que se agrava quando este for pessoa envolvida em atitudes ilícitas. “Se for a mulher, por exemplo, de um traficante é difícil!” (Enfermeira 1, USF 2).

Para os entrevistados, a violência que permeia o tráfico de drogas é um fator que dificulta a notificação, uma vez que os profissionais sentem-se desprotegidos e inseguros de que tal notificação possa gerar represálias.

Chama a atenção o fato de que todas as falas que sinalizam a não notificação por receio de represálias remetam à crença de que notificação é o mesmo que denúncia. A fala de uma das entrevistadas deixa bem clara tal associação: “Todo mundo acha que a notificação funciona como uma denúncia. Na verdade é um mito muito grande. A gente tem que tentar desmistificar, que na verdade não é este o objetivo.” (Médica 1, USF 3).

É importante considerar a diferença entre notificação e denúncia, sendo a primeira de cunho sigiloso e, portanto, não expõe as pessoas para reações de represálias, preocupação presente nas falas de muitos profissionais. A notificação é uma comunicação formal e institucional acerca

de alguma situação específica (GOMES, 2009). A fala de um dos profissionais traz, justamente, uma melhor compreensão acerca da notificação: “Antes a gente tinha receio [...] Hoje eu sei que o paciente nem precisa saber que a gente está notificando. É uma ação como outra qualquer que ocorre também nas outras doenças de notificação compulsória.” (Enfermagem 1, USF 1).

A notificação da violência, inicialmente, segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já tradicionais na saúde pública (como tuberculose, sarampo, dengue etc.). Deve ser, antes de qualquer outra coisa, um instrumento de vigilância epidemiológica, de modo a permitir o traçado epidemiológico de uma determinada situação, em um determinado lugar, tendo em vista o estabelecimento de políticas públicas pautadas na realidade local (GALVÃO; DIMENSTEIN, 2009).

Nota-se, assim, que a notificação, em si, não instaura uma denúncia. Contudo, nada impede que, paralelamente à notificação, a denúncia seja efetuada. Já a denúncia, por sua vez, é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. Diante de tal explicação, no sentido mais rigoroso do termo, o que cabe ao setor saúde, portanto, é a comunicação formal, ou seja, a notificação, sendo reservada às outras instâncias a instauração ou não da denúncia (BRASIL, 2005).

Em se tratando especificamente da violência contra a mulher, a notificação em si não implica em qualquer ação de proteção à mulher ou punição ao homem, pois nenhuma cópia da notificação é encaminhada a algum órgão de proteção para a mulher. Já a notificação de violência contra a criança e o adolescente e contra o idoso poderá trazer uma punição para o agressor, pois uma cópia da notificação deve ser enviada, para o Conselho Tutelar, se a notificação for de violência contra a criança e o adolescente, e para a autoridade policial ou Ministério Público, caso a notificação seja de violência contra o idoso.

Sinaliza-se, pois, para a necessidade de que os profissionais melhor compreendam a diferença entre denúncia e notificação de violência. Este processo de cunho educativo pode se dar por

interesse dos gestores ou dos próprios funcionários, o que favorecerá a notificação compulsória da violência na comunidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde entendem que a ficha de notificação da violência é um instrumento que proporciona o conhecimento da situação de violência da comunidade e permite direcionar ações de enfrentamento do problema. Apesar de conhecerem a finalidade da ficha de notificação da violência doméstica, referem dificuldade de reconhecimento do agravo durante o exercício da profissão. O receio de represália por parte do agressor também constitui elemento que dificulta tal notificação.

Conhecer melhor os motivos pelos quais os profissionais de saúde não notificam a violência é um passo importante, visto que este não é um problema apenas dos profissionais de saúde entrevistados, mas uma dificuldade dos profissionais de saúde em geral.

Os profissionais de saúde que atuam na ESF, em especial a enfermagem, são essenciais para o processo de identificação do agravo junto à comunidade, podendo criar ações para prevenir a violência e suas repercussões para o indivíduo, família e toda a comunidade. Dentre essas ações, inclui-se a notificação. A percepção de que violência é um problema de saúde e deve ser notificada como qualquer outra doença ou agravo de notificação compulsória precisa ser estimulada nos espaços de formação como também nos cenários profissionais. Considerando que a enfermagem tem como objeto o cuidado, investigar e notificar a vivência de violência é uma obrigação ética e legal.

O estudo sugere ainda a necessidade de ações de cunho educativo e informativo, que centrem na distinção entre notificação e denúncia e proporcionem espaços de discussão para que os profissionais das mais diversas áreas reflitam acerca do medo que permeia as notificações, da sua responsabilidade, compromisso e conduta ética diante da pessoa em vivência de violência em sua área de abrangência, bem como avaliem estratégias de

apoio, considerando sua segurança pessoal e da equipe de trabalho.

Concluiu-se que a temática violência, com ênfase na notificação compulsória, precisa ser incluída nos conteúdos curriculares dos espaços de formação como também nos cenários profissionais.

Nesta perspectiva, o estudo oferece uma contribuição acadêmica e social, por apresentar subsídios para se (re)pensar a formação dos profissionais. Sinaliza-se para a inclusão da temática nos conteúdos curriculares dos cursos, de modo que a violência seja incorporada como objeto da saúde e assim investigada durante o contato com o cliente.

## AGRADECIMENTOS

À enfermeira Joicineide Cupertino Conceição (*in memoriam*), graduada em 3/9/2011 pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA) que, compromissadamente, em ações de extensão vinculadas ao PET e de pesquisa, dedicou-se à prevenção e ao enfrentamento da violência no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, Salvador, Bahia, Brasil. Resultado do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), este artigo expressa seu engajamento com a temática.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Clara de J.M.; FONSECA, Rosa M.G.S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, set. 2008.
- ANDRADE, Zannis B.; COSTA, Heloniza O.G. O currículo de enfermagem da UFBA e o SUS. *Rev. Baiana Enferm.*, Salvador, v. 25, n. 1, p. 13-22, jan./abr. 2011.
- BANNWART, Thais Helena; BRINO, Rachel de F. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 138-145, jun. 2011.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 196. Dispõe sobre pesquisa

envolvendo seres humanos. *Bioética*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissional de saúde*. Caderno n. 8. Série – Direitos Sexuais e direitos reprodutivos. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. *Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências*. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Violência intrafamiliar. Orientações para a prática em serviço. *Cadernos de atenção básica*, Brasília, n. 8, série A, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd0519.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1163-1178, 2006.

FAÚNDES, Aníbal et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstetr.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006.

FORTUNATO, Maria A.B. *Morbimortalidade por causas externas no Distrito Federal e Entorno, 2002-2007*. 2009. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

FRAZÃO, Hiliana. *Casos de violência aumentam 177% em dez anos em Salvador*; capital registra 8 assassinatos por dia. UOL, Salvador, 23 nov. 2010. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/2010/11/23/casos-de-violencia-aumentam-277-em-dez-anos-em-salvador,jhtm>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

GALVÃO, Vanessa A.B.M.; DIMENSTEIN, Magda. O protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade. *Mental*, Barbacena, MG, v. 7, n. 13, 2009.

GOMES, Nadirlene P. *Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal*. 2009. 179 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

GONÇALVES, Hebe S.; FERREIRA, Ana Lucia. A notificação da violência intrafamiliar contra criança e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 56-62, jan./fev. 2002.

MARCONI, Marina A. *Técnicas de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, Nina R. de O. *Deteção da violência familiar contra a criança na população adscrita ao PSF/LAPA-RJ*. 2007. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

MONTEIRO, Fernanda de O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 103, p. 476-502, jul./set. 2010.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Tradução Regina Machado. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2006-2009*. Salvador: Assessoria Técnica /SMS; Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), 2006.

SALIBA, Orlando et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde. *SMS discute violência doméstica e sexual*. 2010. Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=527%3Asms-discute-violencia-domestica-e-exual&catid=39%3Anoticias&Itemid=1](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=527%3Asms-discute-violencia-domestica-e-exual&catid=39%3Anoticias&Itemid=1)>. Acesso em: 25 fev. 2011.

SOARES, Antônio M.C. Violência, crime e jovens empobrecidos. In: ESPINHEIRA, Gey. *Sociedade e violência: criminalidade o cotidiano de vida moradores do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Ba*. Salvador: Edufba; Ministério da Justiça, 2002. p. 124-139.

SOUSA, Selonia Patrícia O.; SOUSA NÉTTO, Otacílio B. Vigilância de violências e acidentes. *Observatório epidemiol*, Teresina, n. 13, ed. 29, p. 1-6, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. *Programa de educação pelo trabalho para a saúde/PET Saúde*. Qualificação da atenção básica e enfrentamento da violência – Salvador/BA. Proposta articulada com o PRÓ-SAÚDE 2008 UFBA. Salvador, dez. 2009.

Submetido: 19/8/2012

Aceito: 22/3/2013