

ANA PAULA DOSSI

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O QUE SE
ESPERA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE?**

**ARAÇATUBA
2006**

ANA PAULA DOSSI

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O QUE SE
ESPERA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE?**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Titular Dr. Orlando Saliba

**ARAÇATUBA
2006**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Mário e Sônia pela compreensão, ao meu irmão Mário pelo incentivo, ao Ricardo pela paciência.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem agradeço por tudo:

“Senhor,

Ensina-me a ser generosa, a servi-lo como mereceis, a dar sem medir, a trabalhar sem descanso, a combater sem medo de ser ferida, e a não esperar outra recompensa, senão a de saber que faço a vossa vontade.”

(Oração Escoteira)

À Santa Rita de Cássia que nunca me desamparou.

À mamãe e papai, por todo amor e carinho com que me educaram, abrindo mão dos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

Ao Mário, meu querido irmão de quem tenho muito orgulho e sinto uma imensa falta.

Ao Ricardo, meu amor, que com muita paciência, sempre me ajudou e incentivou a continuar.

À toda minha família, em especial à minha avó Gê.

Ao meu Orientador, Dr. Orlando Saliba, que chama carinhosamente seus alunos de “filhos” e nos faz sentir seguros e capazes. Agradeço também pelos ensinamentos e pela disposição que sempre demonstrou em ensinar.

À Profª Drª Nemre Adas Saliba, pela iniciativa, coragem e pioneirismo demonstrados ao constituir o Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, possibilitando a minha formação e participação em importantes projetos na área da Saúde Pública.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Cléa Adas Saliba Garbin e à vice-coordenadora, Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo trabalho, amor e dedicação constantes ao referido Programa.

À professora e sempre orientadora Cléa Adas Saliba Garbin, quem primeiro acreditou que eu poderia iniciar na pesquisa e me ensinou como fazê-la. À amiga Cléa pelo carinho, paciência, compreensão e doçura com que sempre me tratou.

À professora Suzely Adas Saliba Moimaz, pelo empenho, firmeza e competência com que realiza seu trabalho, contribuindo para nosso desenvolvimento profissional.

Ao professor Renato Moreira Arcieri pela paciência e tranquilidade com que nos passa conhecimento.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação: Profº Artênio José Isper Garbin, Profª Dóris Hissako Sumida, Profº Eliel Soares Orenha, Profª Maria Lúcia Marçal Mazza Sundfeld, Profº Renato Herman Sundfeld, Ricardo Coêlho Okida, Profº Alício Rosalino Garcia Profº Silvio José Mauro.

Aos meus amigos de turma Ricardo Takeda Lelis, Daniela Côelho de Lima, Karina Tonini dos Santos, pela amizade, carinho, força, companheirismo e pelos momentos memoráveis que passamos juntos.

Aos meus amigos de pós-graduação: Fabiano Tonaco Borges, Rosana Leal do Prado, Jeidson Antônio Moraes Marques, Patrícia Elaine Gonçalves, Livia Guimarães Zina, Cristina Berger Fadel, Livia Silva Bino, Luciana Schneider, Nelly Foster Ferreira, Maria de Lourdes Carvalho, Joildo Guimarães Santos, Ana Valéria Pagliari.

Ao doutorando Jeidson Antônio Moraes Marques e à aluna de graduação Milene Moreira Silva, pela grande ajuda na coleta dos dados.

Às doutorandas Livia Guimarães Zina, Patrícia Elaine Gonçalves e à graduanda Milene Moreira Silva tradução dos resumos.

À cirurgiã-dentista Neusa Keiko Minatogawa, por compartilhar experiências e demonstrar muito carinho para comigo durante meu estágio docência.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social: Neusa Martins Rovina Antunes, Nilton César Souza e Valderez Freitas Rosa, sempre dispostos a ajudar.

Aos funcionários da Biblioteca: Ana Cláudia Grieger Manzatti, Cláudia de Souza Frare, Cláudio Hideo Matsumoto, Isabel Pereira de Matos, Ivone Rosa de Lima Munhoz, Izamar da Silva Freitas, Jéssica Durbergr, Luzia Anderlini e Maria Cláudia de Castro Benez, pela atenção e eficiência com que sempre me atenderam.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação: Diogo Reatto, Marina Midori Sakamoto Hawagoe e Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, pelo excelente trabalho, atenção dispensada, grande disposição em atender e ótimo relacionamento.

À Delegada de Polícia Dr^a. Ana Lúcia Souza Marques, por ter permitido a realização deste trabalho na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba –SP, dando-me toda atenção necessária.

Aos funcionários da referida delegacia que me acolheram com muito carinho: Cláudia, Malu, Alessandra, Valéria, Doralice, Andréia, Adriana, Júlia, Sr. Mesquita, Sr. João, Maria de Fátima, Dona Iraci.

Às vítimas que aceitaram participar das entrevistas, tornando possível a realização deste trabalho.

À Universidade Estadual Paulista, na pessoa do seu Diretor Profº Paulo Roberto Botacin, pela oportunidade de realizar este curso.

À CAPES, pela concessão da bolsa, importante apoio financeiro.

A todos que de alguma forma colaboraram.

Serei sempre grata!

EPÍGRAFE

“A razão cardeal de toda superioridade humana é sem dúvida, a vontade. O poder nasce do querer. Sempre que o homem aplica com veemência a perseverante energia de sua alma a um fim, ele vencerá todos os obstáculos e, se não atingir o alvo, pelo menos fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

Dossi AP. Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde? [dissertação]. Araçatuba:Universidade Estadual Paulista;2006.

RESUMO GERAL

A violência intrafamiliar caracteriza-se pelo abuso físico, psicológico e sexual de um membro da família por outro. Mesmo este sendo um problema que envolve vários setores sociais, os serviços de saúde e as instituições policiais acabam sendo procurados, devido às seqüelas decorrentes da agressão. Este estudo tem por objetivos, avaliar qual a responsabilidade dos profissionais de saúde ante a legislação e aos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica; verificar a prevalência do problema nos últimos 5 anos em Araçatuba-SP e analisar as impressões das vítimas sobre a situação após sofrerem violência. O projeto contou com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOA-UNESP, processo 2005-01861. A primeira parte do estudo contou com pesquisa bibliográfica na legislação civil e penal pertinente e nos Códigos de Ética da Medicina, Odontologia, Enfermagem e Psicologia. Num segundo momento foram analisados os Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais registrados na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre os anos de 2001 a 2005. Por fim, foram feitas entrevistas semi-estruturadas com 21 vítimas de violência doméstica física que recorreram à referida unidade policial, no período de julho a agosto de 2006. Os resultados demonstraram que no referente à legislação civil e penal, a obrigação está disposta nas Leis 8.069/90, 10.741/03, 10.778/03 bem como no Decreto-lei 3.688/41 que prevêem sanções aos que omitirem a notificação destes casos. Dentre os Códigos de Ética, todos trazem implícita ou explicitamente a obrigação do profissional diante da situação de violência. A pesquisa epidemiológica foi realizada em 7.750 registros de ocorrências, dos quais 1.844 estavam relacionadas à agressão física cometida por pessoa da família. Pode-se perceber que esses tipos de ocorrências acontecem mais entre sábado e domingo (37,30%) das 18

às 24 horas (44,20%) e foram registradas em maioria por pessoas do gênero feminino (95,55%), entre 20 e 34 anos (52,0%), solteiras (59,11%), com ensino fundamental incompleto (23,16%) e sem trabalho remunerado (48,26%). Os autores foram geralmente os companheiros (36,28%), adultos jovens (54,18%), que realizam trabalho braçal (27,39%). Durante as entrevistas pôde-se perceber que as agressões ocorreram mais por discussões domésticas, envolvendo bebida alcoólica. A maior parte das vítimas relatou não ter procurado pelo serviço de saúde, mas acreditou ser de extrema importância o envolvimento do profissional desta área com o caso. Dentre as que buscaram ajuda, algumas afirmaram que os trabalhadores deste setor não identificaram ou mostraram-se indiferentes à situação. Diante dos resultados, foi possível concluir que o profissional de saúde não só deve identificar os casos de violência doméstica entre seus pacientes, como também é obrigado legal e moralmente a realizar a notificação destes aos órgãos responsáveis. No que se refere às ocorrências analisadas, observou-se a maior prevalência entre pessoas jovens, sem ocupação profissional com nível de escolaridade baixo. Quanto à opinião das entrevistadas, mesmo só recorrendo aos serviços de saúde em casos graves, a maioria considera necessária a intervenção do profissional de saúde frente às situações de violência doméstica.

Palavras-chave: Violência doméstica. Serviços de saúde. Epidemiologia. Saúde pública. Ética. Atitude do pessoal de saúde.

Dossi AP. Domestic violence: what can we hope from health professional? [Dissertation]. Araçatuba: UNESP – São Paulo State University; 2006.

ABSTRACT

The familiar violence presents characteristics as physical, psychological and sexual abuse of a family member by another. Even if this problem involves many social sectors, the health services and police institutions are looked for victims, due to sequel from aggression. The aim of this study is to evaluate what is the responsibility of health professional in relation to legislation and to confirmed or suspected cases of domestic violence; to verify the prevalence of this problem in the last 5 years in Araçatuba/SP - Brazil and to analyse victim's perceptions about situation after suffering violence. The project received ethical approval from the Research Ethics Committee of the Araçatuba School of Dentistry (file: FOA 2005-01861). The first part of the study was represented by the bibliographic research on civil and penal legislation and on Medicine, Dentistry, Nursing and Psychology Ethics Code. After, Circumstanced Terms and Police Assizes were analysed. They were registered on Police Post, between 2001 and 2005. Finally, interviews were done with 21 physical domestic violence victims that appealed to Woman Defense Post Police Post of Araçatuba/SP – Brazil, on period from July to August, 2006. The results showed that about civil and penal legislation, the duty is disposed on Laws number 8.069/90, 10.741/03, 10.778/03 as well as on Decree-Law 3.688/41 that supposed sanctions for person that omits notification of these cases. Among Ethics Codes, all show implicitly and explicitly the duty of professional related to violence situation. Epidemiologic research was conducted on 7.750 registers of occurrence. Among them, 1.844 were associated with physical aggression committed by a family member. This kind of occurrence take place more frequently between Saturday and Sunday (37.30%), at 6pm-12am (44.20%) and were registered most by women (95.55%),

between 20 and 34 years old (52.00%), single (59.11%), with incomplete high school (23.16%) and low income (48.26%). The perpetrators was generally the mates (36.28%), young adults (54.18%), that realized manual (27.39%). During interviews, it could be perceived that the aggressions occurred more frequently due to domestic discussions, involving alcoholic drinks. The majority of victims related they didn't look for health service, but belived to be of great importance the involvement of professional of this area with the case. Among the victims that looked for help, some of them affirmed the workers of this sector didn't identify or were indifferent to the situation. In view to these results, it was possible to concluded that the health professional not only should identify domestic violence among their patients, but also he is obliged legally and morally to realize the notification to responsible setors. About analysed occurrences, there is higher prevalence among young people, without professional ocupation, with low educational level. In relation to interviewed women's opinion, although apeelling to health services just on serious cases, the majority considers to be necessary the intervention by health professional due to domestic violence situations.

Keywords: Domestic violence. Health services. Epidemiology. Public health. Ethics. Attitude of health personnel.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.	40
Tabela 2 -	Tabela 2 - Distribuição segundo as características dos agressores envolvidos em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.	42
Tabela 3 -	Tabela 3 - Distribuição segundo as características das vítimas envolvidas em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.	44
Tabela 4 -	Tabela 4 - Descrição das características dos laudos médicos referentes às 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Araçatuba -SP, 2006.	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CBO = Classificação Brasileira de Ocupações

CEP = Comitê de Ética em Pesquisa

CPB = Código Penal Brasileiro

DDM = Delegacia de Defesa da Mulher

ECA = Estatuto da Criança e Adolescente

FOA = Faculdade de Odontologia de Araçatuba

IML = Instituto Médico Legal

IP = Inquérito Policial

TC = Termo Circunstanciado

SUMÁRIO

1 Introdução Geral	16
2 Proposição Geral	18
3 Capítulo 1 – Violência doméstica: qual a responsabilidade do profissional de saúde?	19
3.1 Resumo	19
3.2 Abstract	20
3.3 Introdução	21
3.4 Discutindo a notificação: obrigação legal ou moral?	24
3.4.1 Avaliando a legislação	24
3.4.2 Avaliando os códigos de ética	27
3.5 Conclusão	30
3.6 Referências	31
4 Capítulo 2 – Perfil epidemiológico das agressões domésticas físicas registradas em um município do Estado de São Paulo entre 2001-2005.	34
4.1 Resumo	34
4.2 Abstract	35
4.3 Introdução	36
4.4 Proposição	37
4.5 Metodologia	38
4.6 Resultados	40
4.7 Discussão	47
4.8 Conclusão	52
4.9 Referências	53
5 Capítulo 3 – A conduta do profissional de saúde nas situações de violência doméstica: um estudo qualitativo sobre a opinião das vítimas	55
5.1 Resumo	55
5.2 Abstract	56
5.3 Resumen	57
5.4 Introdução	58
5.5 Proposição	59
5.6 Metodologia	59
5.7 Resultados e Discussão	61
5.8 Conclusão	74
5.9 Considerações Finais	74
5.10 Referências	76
6 Conclusão Geral	78
Anexos	79

1 INTRODUÇÃO GERAL

A violência intrafamiliar caracteriza-se pelo abuso físico, psicológico e sexual de um membro da família por outro. Geralmente as pessoas mais acometidas são as mulheres, crianças e os idosos.

Mesmo sendo um problema complexo que atinge vários âmbitos sociais, os setores de saúde e as instituições policiais acabam por ser procurados, devido ao grande número de seqüelas decorrentes da agressão.

Em nossa sociedade, o problema da violência doméstica, infelizmente se naturalizou, o que significa que culturalmente sofrer violência em casa é de certa forma, considerado comum. Essa percepção de que a violência doméstica é algo “normal”, não é diferente entre os profissionais de saúde, que como muitas outras pessoas, acabam por aceitar passivamente sua ocorrência.

Todavia, a violência doméstica não deve ser encarada desta maneira, já que constitui uma violação dos direitos humanos e acarreta diversos prejuízos a vários setores sociais. Esta idéia torna-se premissa básica para que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento do problema.

A partir daí, optou-se pela realização deste trabalho, que contempla em seu Capítulo 1, a Legislação, que obriga os profissionais de saúde a notificar os casos suspeitos ou confirmados da violência doméstica, estejam eles envolvendo crianças, mulheres ou idosos.

O Capítulo 2 tem como intenção dimensionar epidemiologicamente o problema, por meio de um estudo descritivo retrospectivo sobre a prevalência dos casos denunciados na Delegacia de

Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, num período de 5 anos (2001-2005). Neste são analisadas informações referentes à agressão em si e também as características da vítima e de seu agressor.

Finalmente o Capítulo 3 faz uma abordagem qualitativa do tema, ao trazer a opinião de algumas vítimas a respeito dos motivos atribuídos à agressão, a busca pelo serviço de saúde e a postura do profissional de saúde ante ao caso, considerada por elas, como a ideal.

Espera-se com o presente estudo contribuir para que os profissionais de saúde comecem a refletir sobre esta problemática e passem a considerar pública, essa realidade encarada, até então, como privada.

2 PROPOSIÇÃO GERAL

Este estudo tem por objetivos:

Avaliar a Legislação Brasileira e os Códigos de Ética, no que se refere à responsabilidade dos profissionais de saúde frente aos casos confirmados ou suspeitos de violência doméstica;

Verificar a prevalência do problema, suas características, do autor e da vítima, por meio da análise dos casos de agressão familiar física registrados nos últimos 5 anos na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP;

Analisar qualitativamente as impressões das vítimas de violência doméstica sobre a situação após sofrerem agressão física, especificamente no que se refere ao contexto do fato, busca por atendimento à saúde e suas experiências e expectativas nesta circunstância.

3 Capítulo 1 - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: QUAL A RESPONSABILIDADE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE?

3.1 RESUMO

A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde é de suma importância, já que contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. Com o objetivo de verificar a responsabilidade desses profissionais em notificar a violência doméstica e as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos, realizou-se pesquisa na Legislação brasileira e Códigos de Ética da Medicina, Odontologia, Enfermagem e Psicologia. No que se refere à legislação, as sanções estão previstas no Estatuto da Criança e Adolescente, no Estatuto do Idoso e na Lei que trata da notificação compulsória de violência contra a mulher. As penalidades administrativas estão dispostas em todos os Códigos de Ética analisados. Conclui-se que os profissionais de saúde têm o dever de notificar os casos de violência doméstica que tiverem conhecimento, podendo inclusive responder civil, penal e administrativamente pela omissão.

Palavras-Chave: Violência doméstica. Saúde pública. Ética. Atitude do pessoal de saúde.

3.2 ABSTRACT

It's very important when a health's professionals can observe domestic violence in their patients, because complete epidemiological rising of this problem and consent the development specific plans and actions. The aim of this study was check the responsibility of these professionals in notification the domestic violence and the possible lawful and ethic implications they're subject. A resort was made in Brazilian legislation and in code of professional responsibility of Medicine, Dentistry, Nursing and Psychology. With regard to legislation, the ratifications have pecuniary penalty, how shows Statute of Kids and Adolescent, Statute of Aged and the law that is responsibility by compulsory notification of woman violence. The administrative penalties are determinate in all Ethic Codes analyzed. The conclusion of this study is health's professionals has the obligation to note the cases of domestic violence observed in this patients and if they don't do it, they can respond civil, penal and administratively by the negligence.

Keywords: Domestic violence. Public health. Ethics. Attitude of health personnel.

3.3 INTRODUÇÃO*

A temática *violência doméstica* sempre merece ser revista, devido a sua enorme importância em todos os setores sociais, principalmente o de saúde.

Os serviços de saúde, de maneira geral, voltam atenções às seqüelas da agressão e raramente se empenham em prevenir ou diagnosticar o porquê das injúrias. Este fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, à ignorância do dever legal de fazê-los ou simplesmente à decisão de não se envolver com os casos.

Os profissionais tendem a compreender a violência doméstica como problemática que não diz respeito à assistência médica ou médico-sanitária, mas sim à esfera da segurança pública e à justiça¹³.

Entende-se por violência doméstica, toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e/ou fora de casa, por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue¹⁴.

Em todo o mundo, este fenômeno incide, sobretudo em mulheres, crianças e idosos¹. Cabe ressaltar que o número de homens adultos que sofrem a violência doméstica é infinitamente menor do que as outras pessoas, sendo estes mais acometidos pela violência urbana²¹, razão pela qual trataremos somente das outras três classes de vitimizados.

No lar, a mulher é a vítima mais freqüente. Estima-se que em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de

* Formatação de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública (Anexo B) .

abuso durante a vida¹⁷, sendo que nesses casos o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum¹⁶.

A violência de gênero é entendida como qualquer ato ou conduta que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada.¹²

No que se refere às crianças e adolescentes, a violência doméstica representa todo ato ou omissão praticada por pais, parentes ou responsáveis capaz de causar dano à vítima. Estas normalmente sofrem maus-tratos, abuso sexual e espancamento, decorrentes da imposição do poder do adulto.

A brutalidade muitas vezes é subestimada e a “palmada para educar”, é encarada como algo normal. Entretanto, as marcas deixadas sejam elas físicas, psicológicas ou sexuais acarretam problemas que terão impactos por toda a vida da vítima que muito provavelmente, repetirá o comportamento violento.

Outro aspecto relevante é que, com o aumento da expectativa de vida, a população, cada vez mais é composta por idosos. A idade avançada, porém, faz aumentar as situações de vulnerabilidade a que são expostos os mais velhos. Estes apresentam grandes limitações e por consequência passam a exigir cada vez mais cuidados, criando uma situação de dependência.

Dentre as formas de violência mais comuns sofridas pelas pessoas de mais idade estão a física (maus-tratos); sexual (estupro); negligência (maus cuidados de higiene, má nutrição, vestuário inadequado, escaras) e financeira com a utilização da aposentadoria pela família, acarretando em desatenção às necessidades do idoso.

A denúncia pode ser dificultada por características próprias da idade como medo, dependência, locomoção, enfermidades ou por culpa, já que o idoso pode sentir-se um “peso” para a família.

Ao Estado brasileiro compete a criação de mecanismos para coibir a violência no seio familiar ². A promulgação das Leis 8069/1990³, 10.741⁴ e 10.778⁵ de 2003 são bons exemplos disto. Caberá então ao serviço de saúde utilizar-se desses recursos a fim de contribuir para a prevenção e erradicação da violência doméstica.

Não se tem a pretensão de acreditar que este setor tenha toda a responsabilidade no combate à violência, entretanto cabe a ele o envolvimento institucional de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais.¹⁹

O profissional, geralmente, não está disposto a lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço, deparando-se com questões éticas e morais, além do desconhecimento acerca da melhor atitude a ser tomada ou para quem denunciar e encaminhar esses pacientes. Embora a obrigação legal esteja muito clara, a “omissão”, ainda é prevalente no setor da saúde.

Inúmeras questões impedem a detecção da violência intrafamiliar pelos profissionais de saúde, como o despreparo para este tipo de diagnóstico. Referindo-se a este problema, Jaramillo e Uribe¹⁸ (2001) observaram que a maioria das disciplinas da saúde – medicina, odontologia e enfermagem, entre outras – não contemplam em seus currículos e nem em seus programas de educação continuada, a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com o tema em questão, e por isso, esses trabalhadores não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Conforme explicam Gonçalves e Ferreira¹⁵ (2002), existem vários entraves à notificação no Brasil, como por exemplo, a escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, a identificação da violência no serviço de saúde e o sigilo profissional. Ressaltam ainda

que a legislação brasileira, embora clara quanto à obrigatoriedade de comunicar, oferece pouca orientação aos profissionais.

Contudo, é fato que somente através da conscientização da sua importância; da quebra de idéias pré-concebidas e do treinamento correto para diagnosticar situações de abuso, é que o profissional de saúde vai poder detectar e notificar às instituições competentes, esta realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

Este estudo teve por objetivo verificar a responsabilidade do profissional de saúde em notificar a violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos e as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos caso não a façam.

Foi realizada pesquisa na legislação brasileira, além dos Códigos de Ética Profissionais da Medicina, Psicologia, Enfermagem e Odontologia. Verificamos quais artigos dos respectivos documentos estavam relacionados ao tema em questão e a partir daí procedemos à análise crítica dos mesmos.

3.4 Discutindo a notificação: obrigação legal ou moral?

A responsabilidade do profissional de saúde, frente à violência pode ser discutida sob dois aspectos principais: o jurídico e o da consciência moral.⁷ Sem a intenção de confrontar essas questões, optamos por analisá-las separadamente, apenas destacando a obrigação legal e ética a que estão expostos os profissionais de saúde.

3.4.1 Avaliando a legislação

Prevenir e combater a violência doméstica são também funções inerentes ao Poder Público. O Estado por meio de campanhas, programas e principalmente pela legislação específica

tem se empenhado para isso. Sabemos e concordamos que a violência apresenta um forte componente cultural, que não é facilmente superável somente por intermédio de leis e normas²². No entanto, é necessário um respaldo legal para que o processo de prevenção e combate seja legitimado. É o primeiro passo de um longo e tortuoso caminho.

O artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941⁶ reconhece como uma contravenção penal a omissão do profissional de saúde, que não comunicar crime de que tenha tomado conhecimento através do seu trabalho. O não cumprimento deste artigo acarreta pena pecuniária.

Como já enfatizado, o combate à violência de gênero exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e principalmente culturais, para que seja “desnaturalizada” pela sociedade e também pelos profissionais de saúde. Com esta intenção, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778 que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos confirmados ou não de violência contra a mulher, seja ela de qualquer natureza⁵.

De acordo com esse documento, estão obrigadas a notificar, todas as pessoas físicas e as entidades públicas ou privadas, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). A ficha contempla a notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (Anexo C).

A penalidade para quem descumpri-la está evidente no artigo abaixo:

*Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.*⁵

No que tange à violência contra a criança e o adolescente, podemos afirmar que esta se apresenta como um grave problema social e não pode ser compreendido somente como um assunto decorrente do conflito de gerações dos pais com seus filhos.

Roque e Ferriani²³ (2002) fazem um retrospecto sobre a legislação brasileira de proteção à criança e ao adolescente. Segundo as autoras, foi em 1923 a primeira manifestação do Estado brasileiro para protegê-las. Porém somente em 1990 surge “O Estatuto da Criança e do Adolescente”, amparado pela Lei 8069 de 13 de julho do referido ano, que, significou um grande avanço para a proteção dos menores.

Este representa um progresso cultural da sociedade como um todo, reconhecendo-os como parte integrante da família e da sociedade, com direito ao respeito, à dignidade, à liberdade, à opinião, à alimentação, ao estudo, dentre outros.²³

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promove uma nova concepção nas questões de direito dos menores; afasta uma política meramente assistencialista e cria uma estrutura que protege e defende esse grupo. De acordo com esta lei, a notificação dos casos, mesmo que suspeitos, de maus-tratos passou a ser obrigatória (Art. 13)³.

A comunicação constitui justa causa para o rompimento do sigilo profissional e poderá ser feita à autoridade judicial, nos locais onde não houver o Conselho Tutelar.

Por previsão expressa do artigo 245 do ECA, o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de violência dos quais tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, será penalizado com multa³.

Pouco destaque tem sido dado à violência cometida contra os idosos, particularmente nas relações familiares¹. Essa, porém, constitui uma triste realidade que mesmo não divulgada ocorre com muita frequência.

Por este e por outros motivos, em primeiro de outubro de 2003, entrou em vigor a Lei 10.741 conhecida como Estatuto do Idoso, onde estão previstas garantias com a finalidade de proteger as pessoas de mais idade.

O idoso e, da mesma forma, qualquer cidadão tem o direito inalienável de proteger-se contra todo tipo de agressão física, sendo-lhe devido o apoio das autoridades, caso seja maltratado ou ameaçado, até mesmo pela família.²⁰

Os artigos 19 e 57 dessa Lei mencionam claramente a responsabilidade que profissionais de saúde e instituições têm de comunicar os casos de abuso de que tiverem conhecimento. A denúncia pode ser realizada junto ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), Ministério Público e Delegacias de Polícia. A pena para o não cumprimento varia entre 500 e 3.000 reais⁴.

3.4.2 Avaliando os Códigos de Ética

Por Código de Ética entendemos um conjunto de normas e princípios morais que devem ser observados no exercício de uma profissão. É baseado nele, que o profissional toma decisões e adota condutas para o desenvolvimento do seu trabalho.

Avaliando os Códigos de Ética Médica, Odontológica, de Enfermagem e de Psicologia, para verificar como é tratado o assunto em pauta, notamos que em nenhum desses documentos a expressão “violência doméstica” aparece explicitamente, porém, alguns artigos fazem referência à obrigação que estes profissionais têm de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana.

Assim, as normas específicas de cada profissão prevêm, mesmo que implicitamente, que os trabalhadores da área de saúde assumam a postura de denunciar a quem de competência.

a) O Código de Ética Médica

O Código de Ética Médica traz em seu artigo 6º o dever que o médico tem de preservar a dignidade e integridade do seu paciente⁹. Ora, bastaria este artigo para confirmarmos a sua responsabilidade na comunicação dos casos de violência, já que, ao denunciar estaria o médico zelando pela saúde de seu paciente.

Contudo, a legislação foi cautelosa, deixando mais evidente esta obrigação no artigo 49 que diz:

É vedado ao médico:

Art. 49 – Participar da prática de tortura ou outras formas de procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, ser conivente com tais práticas ou não as denunciar quando delas tiver conhecimento⁹.

Podemos notar pelo exposto que a maior preocupação é com a omissão, ou seja, o “pactuar” com a situação de brutalidade. Tão importante quanto a identificação da violência é a sua denúncia.

b) O Código de Ética Odontológica

O Código de ética odontológica apresenta as seguintes disposições a respeito:

Art. 5- Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia:

V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente¹⁰;

Considerando que o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que maiores chances têm de detectar abusos domésticos por ser a face o local preferencial das lesões²⁴; a observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental para o exercício ético desta profissão.

Outra importante questão merece ser discutida, a que se refere ao sigilo profissional. Normalmente é dever sustentá-lo (Art.10, I)¹⁰. Contudo existem algumas situações onde a conservação deste, implica diretamente na manutenção de um mal maior à vida, ou à integridade do paciente. Assim, ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deverá rompê-lo (Art.10, §1º, b)¹⁰.

c) O Código de Ética da Enfermagem

É considerada infração ética *provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos* (Art. 52)⁸, sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

O documento que norteia eticamente os profissionais da enfermagem foi o único dentre os quatro analisados que, apesar de não explicitar o termo “violência doméstica”, mencionou “maus-tratos”. Aqui, esta expressão deve ser entendida de maneira ampla, referindo-se a todas as formas de abuso.

Leal e Lopes¹⁹ (2005) em trabalho realizado com uma equipe de enfermagem, concluem que as principais dificuldades destas trabalhadoras são o despreparo para lidar com o paciente violentado e a falta de comprometimento institucional tanto em relação ao apoio psicológico a elas, quanto à capacitação das mesmas.

d) O Código de Ética da Psicologia

O código de ética da psicologia, já nos seus “Princípios Fundamentais” prevê a responsabilidade do profissional desta área ao mencionar que “*o psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a*

*eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.*¹¹

Da mesma maneira o art. 2º veda a participação ou a convivência com “*quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão*”.¹¹

O psicólogo deverá guardar o sigilo das informações que tomar conhecimento durante o exercício profissional (Art.9º)¹¹. Entretanto, a integridade, a liberdade e o direito à vida devem prevalecer. Situações conflitantes entre esse bens e o sigilo profissional serão resolvidas pela regra do menor prejuízo (Art.10)¹¹, ou seja, prevalecerá aquilo que cause menos dano à vítima, dependendo do caso concreto.

3.5 CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde têm o dever de notificar os casos de violência doméstica que tiverem conhecimento, estejam eles envolvendo crianças, idosos ou mulheres, podendo inclusive responder legal e eticamente pela omissão. Apesar dos Códigos de Ética consultados não apresentarem explicitamente a expressão “violência doméstica”, deixam claro o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes.

3.6 REFERÊNCIAS*

1. Barsted LL. Uma vida sem violência é direito nosso. Brasília: Ministério da Justiça;1998.
2. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. São Paulo: RT; 2002.
3. Brasil. *Estatuto da criança e do adolescente*: Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990. São Paulo: RT; 2002.
4. Brasil. *Estatuto do idoso*: Lei 10741/03 de 1º de outubro de 2003. São Paulo: RT; 2004.
5. Brasil. Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003. Disponível em URL:<http://www.planalto.gov.br> [2005 out 22].
6. Brasil. *Lei das contravenções penais*. Decreto-lei 3.688 de 3 de outubro de 1941. São Paulo: RT; 2003..
7. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino Am Enfermagem* 2000; 8(1):91-97.
8. Conselho Federal de Enfermagem. *Código de ética*: resolução CFE nº 240 de 30 de agosto de 2000. Rio de Janeiro: CFE; 2000.
9. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética*: resolução CFM nº 1.246 de 08 de janeiro de 1988. Brasília: CFM; 1988.
10. Conselho Federal de Odontologia. *Código de ética*: resolução CFO nº 42 de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro: CFO; 2003.
11. Conselho Federal de Psicologia. *Código de ética*: resolução CFP nº 010 de 27 de agosto de 2005. Brasília: CFP; 2005.

* Formatação de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública (Anexo B).

-
12. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 1994 – Convenção de Belém do Pará, Brasil. São Paulo: Comitê Latino Americano e do Caribe para Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM); 1995.
 13. D'Oliveira AF, Schraiber L. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. *J Rede Saúde* 1999;19:3.
 14. Day VP, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R Psiquiatr. RS* 2003; 25(1):9-21.
 15. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1):315-319.
 16. Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):135-145.
 17. Heise, L, Ellsberg, M, Gotemoeller, M. Ending violence against women. *Baltimore:University School of Public;1999.*
 18. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm* 2001;19(1):38-45.
 19. Leal SMC, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(2):419-431.
 20. Martinez WN. Comentários ao estatuto do idoso. São Paulo: LTr; 2005.
 21. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1994;10(1):7-18.
 22. Pitanguy J, Heringer R. Diálogo regional da América Latina e Caribe sobre direitos reprodutivos e violência contra a mulher: papéis e responsabilidade de homens jovens e adultos. Rio de Janeiro: CEPIA; 2002.

-
23. Roque EMST, Ferriani MGC. Desvendando a violência contra crianças e adolescentes sob a ótica dos operadores do direito na comarca de Jardinópolis-SP. *Rev Latino Am Enfermagem* 2002;10(3):334-344.
24. Senn DR, Mcdowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse, and neglect. *Dent Clin North Am.* 2001;45(2):343-363.

4 Capítulo 2 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS AGRESSÕES DOMÉSTICAS FÍSICAS REGISTRADAS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO, ENTRE 2001-2005.

4.1 RESUMO

Foi objetivo deste estudo verificar o perfil epidemiológico da agressão doméstica física registrada na Delegacia de Defesa da Mulher, de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Foram analisadas 7.750 ocorrências e destas extraídas as procedentes de agressão física familiar (n=1.844). Os resultados demonstram que as ocorrências aconteceram em casa (85,10%), entre sábado e domingo (37,30%), das 18-24 horas (44,20%), por motivos domésticos (47,23%). Cerca de 92,62% foram praticadas por homens, entre 20-34 anos (54,18%), solteiros (55,15%), com ocupações braçais (27,39%), e pouca escolaridade (24,57%). As vítimas, mulheres (95,55%), entre 20-34 anos (52,0%), solteiras (59,11%) com ensino fundamental incompleto (23,16%), e ocupações não remuneradas (48,26%). Predominaram as lesões leves (94%), equimóticas (43,17%) na cabeça (35,08%). Concluiu-se que a violência foi cometida mais dentro do lar, aos finais de semana, à noite, por homens, solteiros, com baixa escolaridade. As vítimas foram mulheres com as mesmas características dos autores, sem atividade remunerada, que sofreram lesões leves.

Palavras-chave: Violência doméstica; Saúde pública; Epidemiologia.

4.2 ABSTRACT

The aim of this study was to project the epidemiological profile of physical domestic aggressions registered on Woman Defense Police Station, of Araçatuba-SP/ Brazil, between 2001-2005. Just 7.750 occurrences were analyzed and among than, 1844 were from familiar physical aggression. The results showed that the occurrences took place at home (85.2%), between Saturday and Sunday (37.30%), at 6-12pm (44.3%), by domestic causes (47.2%). About 47.2% were practiced by men, between 20-34 years old (54.1%), single (55.2%), with manual labor (27.4%), and with low education level (24.5%). The victims, woman (95.6%), between 20-34 years old (52%), single (59.1%) with uncompleted high school study (22.6%), and no income (48.26%). The light lesions predominated (94%), ecchymosicals (44.6%) on the head (35.1%). We concluded the violence was more practiced at home, on weekends, at night, by men, single, with low education level. The victims were women with the same perpetrators characteristics, low income, that had light lesions.

Keywords: Domestic violence; Public health; Epidemiology.

4.3 INTRODUÇÃO*

A maior prevalência de comportamentos violentos em algumas comunidades ou em determinados indivíduos, não pode ser explicada por um fator isoladamente.¹ Entretanto, compreender a maneira como esses determinantes estão vinculados com a violência é um dos passos importantes no enfoque da saúde pública para que este fenômeno seja prevenido.

Embora a violência doméstica não seja um evento exclusivo de determinada classe, faixa etária ou população, esta tende a vitimizar prioritariamente certos grupos da sociedade, como as mulheres, as crianças e os idosos. Além disso, alguns fatores são tidos como agravantes, ou seja, quando presentes, podem facilitar a ocorrência de violência na família.

O fato é que, de maneira geral, a violência doméstica pode acarretar graves conseqüências, constituindo um problema que compete tanto à esfera jurídica, pois resulta de ações criminosas, quanto aos setores de saúde, pelos agravos que acometem as suas vítimas. Assim, é de se esperar que os sujeitos que padecem com esta situação, procurem mais pelos dois serviços.

Diante desta constatação, fica claro que o setor de saúde e o poder policial desempenham juntos um significativo papel no atendimento desta demanda tão singular, onde vítima e agressor (familiar) geralmente possuem estreitos laços afetivos.

Com a finalidade de melhorar o acolhimento institucional e incentivar as denúncias de violência doméstica, foram criadas as Delegacias de Defesa da Mulher, na década de 1980. O Brasil foi pioneiro na implantação deste serviço, que hoje é desenvolvido em outras partes do

* Formação de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública, (Anexo D).

mundo ². Apesar do nome referir-se especificamente à “mulher”, estas unidades são competentes para receber ocorrências e apurar crimes de natureza familiar, independentemente de gênero.

Mesmo sendo o número de casos registrados, infinitamente menor do que o ocorrido, a criação das delegacias especializadas proporcionou uma maior visibilidade à questão, constituindo importantes “fontes de dados”, que certamente podem contribuir para o planejamento de ações específicas nesta área.

Infelizmente, não são muitos os estudos de caráter epidemiológico que se propõe a explorar esses dados, talvez pela dificuldade em coletá-los ou pelo receio que causa o ambiente das delegacias, fato este que torna ainda mais relevante a realização da presente pesquisa.

Deste modo, torna-se possível traçar o perfil tanto da vítima, quanto de seu agressor, mesmo que este se limite aos casos registrados pelas ocorrências policiais. Tais informações podem ajudar a compreender as circunstâncias em que ocorreu a violência e descrever as repercussões desta na saúde das pessoas, contribuindo para a prevenção e enfrentamento do problema.

4.4 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste estudo consistiu em determinar o perfil epidemiológico da agressão doméstica física registrada na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, no período compreendido entre os anos de 2001 a 2005.

4.5 METODOLOGIA

Este estudo caracterizou-se como retrospectivo descritivo e contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, processo nº 2005-01861 (Anexo A).

Foram analisados 7.750 registros de ocorrências policiais efetuados pela Delegacia de Defesa da Mulher, na cidade de Araçatuba-SP, no período de 2001-2005, e destes incluídos na amostra somente os que eram procedente de agressão física, provocada por pessoa com quem a vítima mantém ou manteve relacionamento familiar, totalizando 1.844 prontuários.

Os documentos analisados foram Termos Circunstanciados (TC) e Inquéritos Policiais (IP). Fazemos então uma distinção entre eles:

O Termo Circunstanciado foi instituído pela Lei 9.099 de 1995 ³, que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais. Constitui o registro do caso, porém de uma maneira mais completa que o Boletim de Ocorrência. É empregado em crimes de menor potencial ofensivo, ou seja, naqueles onde a pena máxima não ultrapasse 2 anos ⁴, como por exemplo, a lesão corporal leve.

Inquérito Policial é todo procedimento policial destinado a reunir elementos necessários à apuração da prática de uma infração penal e de sua autoria ⁴.

As informações foram coletadas por meio de um formulário elaborado pela pesquisadora (Anexo E). As características analisadas foram:

a) Agressão: horário; dia da semana; local da ocorrência; motivo; relação vítima-agressor e presença de drogas durante o ato.

b) Características do agressor e vítima: gênero, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação. No referente à ocupação da vítima e autor, foi utilizada a Classificação Brasileira das Ocupações (CBO) do ano de 2002⁵ (Anexo F), para o agrupamento das mesmas. Para as ocupações não descritas na referida classificação, utilizou-se o termo “outras”.

c) Laudo médico: descrição do tipo, local e classificação legal das lesões; procura por serviço de pronto-socorro à saúde.

Finda a etapa de coleta, os dados foram digitados e tabulados no Programa Epi-Info 2000, versão 6.04.

4.6 RESULTADOS

Tabela 1 – Descrição das 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.

		(continua)
Descrição da ocorrência	n	%
Dia da semana		
domingo	384	20,82
segunda-feira	245	13,28
terça-feira	235	12,74
quarta-feira	234	12,70
quinta-feira	234	12,70
sexta-feira	208	11,28
sábado	304	16,48
Horário		
00:01–06:00	264	14,32
06:01–12:00	272	14,75
12:01–18:00	493	26,73
18:01–24:00	815	44,20
Local		
estabelecimento comercial	55	2,98
residência	1569	85,10
via pública	220	11,92
Relação com a vítima		
cônjuge	349	18,93
ex-cônjuge	94	5,10
companheiro (a)	669	36,28
ex-companheiro (a)	211	11,44
namorado (a)	70	3,80
ex-namorado (a)	103	5,60
pai	75	4,06
mãe	50	2,71

Tabela 1 – Descrição das 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba SP, entre 2001-2005. Araçatuba SP, 2006.

Descrição da ocorrência	n	(conclusão)
		%
padrasto/ madrastra	40	2,17
irmão (a)	68	3,69
filho (a)	48	2,60
outros	67	3,62
Motivo atribuído à agressão		
conflitos conjugais	10	0,55
ciúme	334	18,11
desentendimento	871	47,23
dinheiro/bens	231	12,53
filhos	117	6,34
sem motivo aparente	281	15,24
Bebida alcoólica		
sim	470	25,50
não	1374	74,50
Drogas ilícitas		
sim	43	2,33
não	1801	97,67

Tabela 2 - Distribuição segundo as características dos agressores envolvidos em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.

(continua)

Agressor	n	%
Faixa etária (anos)		
15-19	56	3,05
20-34	999	54,18
35-44	483	26,19
45-59	203	11,00
60 ou mais	43	2,33
Sem informação	60	3,25
Gênero		
masculino	1708	92,62
feminino	136	7,38
Estado civil		
casado	522	28,40
solteiro	1017	55,15
separado/divorciado	254	13,8
viúvo	12	0,64
sem informação	39	2,11
Escolaridade		
analfabeto	22	1,19
fundamental completo	169	9,16
fundamental incompleto	453	24,57
ensino médio completo	104	5,64
ensino médio incompleto	77	4,18
superior completo	33	1,79
superior incompleto	16	0,87
sem informação	970	52,60

Tabela 2 – Distribuição segundo as características dos agressores envolvidos em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2006. Araçatuba-SP, 2006.

(conclusão)

Agressor	n	%
Ocupação*		
grupo 0	13	0,70
grupo 1	111	6,02
grupo 2	46	2,49
grupo 3	58	3,15
grupo 4	23	1,25
grupo 5	279	15,13
grupo 6	157	8,51
grupo 7	505	27,39
grupo 8	40	2,17
grupo 9	258	14,00
outros	299	16,21
sem informação	55	2,98

*ocupação segundo a CBO 2002.

Tabela 3 - Distribuição segundo as características das vítimas envolvidas em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.

(continua)		
Vítima	n	%
Faixa etária (anos)		
0-11	77	4,18
12-19	219	11,88
20-34	959	52,00
35-44	378	20,50
45-59	177	9,60
60 ou mais	31	1,68
sem informação	3	0,16
Gênero		
masculino	82	4,45
feminino	1.762	95,55
Estado civil		
casado	448	24,30
solteiro	1.090	59,11
separado/divorciado	235	12,74
viúvo	57	3,09
sem informação	14	0,76
Escolaridade		
analfabeto	43	2,33
fundamental completo	187	10,14
fundamental incompleto	427	23,16
ensino médio incompleto	126	6,83
superior completo	29	1,57
superior incompleto	21	1,15
sem informação	827	44,84

Tabela 3 - Distribuição segundo as características das vítimas envolvidas em 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005. Araçatuba-SP, 2006.

(conclusão)		
Vítima	n	%
Ocupação*		
grupo 0	2	0,11
grupo 1	56	3,04
grupo 2	52	2,82
grupo 3	56	3,04
grupo 4	57	3,09
grupo 5	582	31,56
grupo 6	28	1,52
grupo 7	40	2,17
grupo 8	5	0,27
grupo 9	61	3,31
outros	890	48,26
sem informação	15	0,81

*ocupação segundo a CBO 2002.

Tabela 4 - Descrição das características dos laudos médicos referentes às 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Araçatuba -SP, 2006.

(continua)

Descrição	n	%
Laudos médicos		
presentes	1158	62,80
ausentes	686	37,20
Tipos de lesão*		
edema	219	7,33
equimose	1290	43,17
escoriação	899	30,09
ferimento contuso	78	2,61
ferimento corto-contuso	97	3,25
ferimento inciso	34	1,14
fratura	28	0,94
hematoma	149	4,99
queimadura	10	0,33
outros	184	6,15
Local das lesões**		
cabeça	989	35,08
pescoço	102	3,62
membros superiores	933	33,10
tronco	453	16,07
membros inferiores	342	12,13
Classificação legal da lesão		
Leve	1088	93,95
Grave	23	1,99
Prejudicada	47	4,06

Tabela 4 – Descrição das características dos laudos médicos referentes às 1844 agressões domésticas físicas registradas em Termos Circunstanciados e Inquéritos Policiais na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba-SP, entre 2001-2005. Araçatuba -SP, 2006.

(conclusão)

Descrição	n	%
Procura por atendimento médico		
Sim	241	13,07
Não	623	33,79
Sem informação	980	53,14

*em alguns casos a vítima apresentou mais de um tipo lesão

**em alguns casos, a vítima apresentou mais de uma lesão no mesmo local

4.7 DISCUSSÃO

As iniciativas de cooperação entre setores tão diversos como os da saúde, educação, serviços sociais, a justiça e a política são necessárias para resolver o problema da violência¹. Mas, para que se possa planejar e desenvolver ações voltadas à prevenção dos casos e assistência às vítimas de violência doméstica, são necessários dados que permitam visualizar e compreender a situação.

Embora não seja intenção deste estudo estereotipar os sujeitos envolvidos com este tipo de ocorrência, até porque se restringiu aos casos denunciados, foi possível observar algumas características comuns entre eles.

A Tabela 1 mostra que as agressões ocorreram com mais frequência aos domingos (20,82%) e sábados (16,48%), no horário noturno (44,20%). Tal fato pode ser atribuído à maior permanência dos membros da família em suas casas aos finais de semana e durante a noite. A este respeito, estudo realizado por Deslandes⁶ junto a um serviço de emergência hospitalar,

constatou da mesma maneira, a predominância de agressões durante o final de semana, no período das 20 às 8 horas.

Os agressores mais citados foram os companheiros (as) (36,28%), seguidos dos cônjuges (18,93%). Num estudo realizado por Deslandes et al.⁷, a maioria das agressões (56,9%) foi atribuída ao marido. Os dados do presente estudo explicitam duas situações. A primeira sugere que é cada vez maior o número de uniões informais em nossa sociedade. Já a segunda demonstra que as relações afetivas entre casais, sejam elas oficializadas ou não, são responsáveis por grande parte dos conflitos domésticos.

Os motivos da agressão foram agrupados pelos pesquisadores de acordo com o mencionado no relato da vítima. Assim, os chamados “desentendimentos domésticos” que se referem às discussões ligadas à convivência entre vítima e agressor (posse do controle da televisão; limpeza e organização da casa; divergência quanto à distribuição das tarefas domésticas etc) prevaleceram em 47,23% dos casos, seguidos pelo ciúme (18,11%). Este fato é facilmente explicado, pois, como já dito, as agressões ocorreram majoritariamente entre casais.

Para Santin et al.⁸, são os fatos corriqueiros e banais os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão, o sentimento de posse do homem em relação à mulher e filhos, bem como a impunidade os fatores que generalizam a violência.

Outro fato agravante atribuído às situações de abuso é o consumo de drogas. Brookoff et al.⁹ afirmam que o uso de substâncias psicoativas, tanto pelo autor quanto pela vítima, está presente em até 92% dos casos notificados de violência doméstica. A ingestão de bebidas alcoólicas em nosso estudo foi relatada em 25,50% dos casos analisados, enquanto que o uso de drogas ilícitas limitou-se a 2,33%.

O baixo índice referente a este último tipo de droga pode estar relacionado justamente ao seu caráter ilícito, ou seja, é possível a vítima durante o depoimento, omitir a informação sobre a presença de entorpecentes, numa tentativa paradoxal de proteger o autor da agressão.

Quanto às características dos agressores, podemos notar pela Tabela 2, que são em maioria homens (92,62%), adultos jovens (54,18%), com ocupações referentes aos serviços braçais (27,39%) solteiros (55,15%) e com baixa escolaridade, sendo que 34,92% deles estão distribuídos entre as categorias “analfabeto” e “ensino fundamental”.

Cerca de 52,60% dos registros não trazem a informação sobre a escolaridade do autor, possivelmente a vítima não tenha sido questionada a respeito, ou mesmo porque se perguntado, esta não soube informá-lo.

A baixa escolaridade e o conseqüente exercício de ocupação não especializada podem ser um reflexo da pobreza. Marinheiro¹⁰ afirma que a violência doméstica incide, sobretudo naqueles níveis sociais de baixa renda, devido a uma maior dificuldade financeira e desestruturação familiar, o que favoreceria os comportamentos agressivos. Entretanto, devemos analisar com prudência esta afirmação, pois, a maior prevalência de violência doméstica nas classes sociais menos favorecidas, pode estar relacionada ao fato de que as pessoas mais pobres tendem a denunciar mais, dando visibilidade ao problema, geralmente oculto entre os mais abastados economicamente.

Resultados diversos foram encontrados por Kronbauer e Meneghel¹¹, onde os homens mais velhos e desocupados compuseram o perfil do agente. A baixa escolaridade, entretanto, também foi característica descrita pelos autores, assim como o encontrado em nossa pesquisa. Homens solteiros e separados, segundo Gianini¹², apresentam maior risco de se envolverem com agressão devido aos hábitos noturnos e solitários.

A maioria das vítimas (Tabela 3) apresentou-se como sendo do sexo feminino (95,55%), entre 20 e 34 anos (52,00%) e solteira (59,11%) e com poucos anos de estudo (35,63%).

A respeito da escolaridade, pode-se notar que em 44,84% das ocorrências, este item é omitido. Provavelmente isso se deva à atitude da escrivã policial, que ao elaborar a ocorrência, deixa de questionar a vítima sobre o assunto.

Nossos resultados estão em concordância com outros trabalhos, como o realizado por Jong¹³ ao analisar ocorrências policiais. A autora constatou que 29,4% das vítimas estavam incluídas na faixa de 21 a 30 anos, enquanto que Tavares¹⁴ apontou como mais prevalente a violência na idade entre 31 a 40 anos. Bruschi et al.¹⁵, verificaram predominância de violência doméstica em mulheres na faixa etária de 20 a 49 anos, sendo que destas, 43% eram analfabetas ou tinham pouca escolaridade.

A explicação para esta maior ocorrência de violência entre mulheres adultas, deve-se ao fato, de ser esta a época de maior atividade sexual das vítimas, o que ocasiona maior probabilidade de relacionamentos, conflitos e conseqüentemente agressões.

Diferentemente dos estudos de Jong¹³ e Tavares¹⁴ que apresentaram a maioria de vítimas casadas, a presente pesquisa demonstrou a maior prevalência de mulheres solteiras. Comparando-se esse dado, à realidade de que o companheiro é na maior parte dos casos o agressor, pode-se concluir que muitas ditas “solteiras” vivem em união informal. Este tipo de relação tende a ser mais conflituosa e instável¹⁶.

Quanto à ocupação das mesmas, foi predominante o número (48,26%) que se declararam “do lar”, “estudante”, “aposentada ou pensionista”, e “economia informal”, condições não classificadas pela CBO⁵. Em seguida, aparece o grupo 5 (31,56%), abrangendo profissões como “empregada doméstica”, “cabeleireira”, “vendedora”, etc.

A este respeito, Bruschi et al.¹⁵ encontraram percentual ainda maior de vítimas que exercem trabalhos sem remuneração, cerca de 52,3%. Os altos índices de pessoas violentadas que não exercem atividade remunerada podem explicar em parte a permanência das mesmas junto ao agressor, ou seja, são dependentes economicamente dele.

A Tabela 4 apresenta as características das seqüelas da agressão, periciadas pelos médicos legistas do Instituto Médico Legal (IML) do município onde se realizou o estudo. Podemos observar que algumas ocorrências não apresentam o laudo do exame (37,20%).

Isso pode ser explicado pelo não comparecimento das vítimas ao Instituto para submeter-se à perícia, possivelmente porque muitas se arrependem de ter realizado a ocorrência; não querem se expor à consulta médica ou mesmo encontram dificuldade de acesso ao local, já que o IML não se encontra próximo à delegacia pesquisada.

Conhecer a “geografia” mais comuns das lesões numa situação de violência doméstica é importante para que o profissional de saúde possa suspeitar diante de casos não declarados⁶.

O local preferencial das lesões em nosso estudo foi a região da cabeça (35,08%) e membros superiores (33,10%). Sabe-se que a cabeça, normalmente constitui o sítio de maior ocorrência de ferimentos nestas situações,^{7,13,17,18} assim, os membros superiores provavelmente devem ter servido de anteparo para as vítimas se defenderem de agressões dirigidas ao rosto delas.

Entre as lesões físicas provocadas nessas situações, prevaleceram as equimoses (43,17%) e as escoriações (30,09%), fato compreensível se levarmos em conta que a agressão na maioria dos casos (78,58%) ocorreu sem ajuda de armas convencionais, ou seja, o agente valeu-se do seu próprio corpo (socos, pontapés, tapas, empurrões).

As lesões foram classificadas pelos peritos como leves na grande maioria (93,95%) dos casos. Isso pode contribuir para a explicação da procura relativamente baixa das vítimas pelos setores de saúde, apenas 27,89% do total de laudos que dispunham essa informação.

Bruschi et al.¹⁵ ao investigarem os locais mais procurados por vítimas de violência doméstica, verificaram que dentre as instituições, as delegacias de polícia aparecem em primeiro lugar (36,8%), enquanto que os serviços de saúde só foram buscados em 5,3% dos casos. Da mesma forma, D'Oliveira¹⁹ relata que 31,3% das vítimas pesquisadas por ela procuram a polícia, ao passo que somente 15,6% recorrem ao serviço de saúde.

Isso pode significar que as lesões não representaram um problema grave às vítimas ou que as mesmas não consideram o setor de saúde como competente para lidar com a violência.

4.8 CONCLUSÃO

Este estudo nos permite concluir que:

No município de Araçatuba, entre os anos de 2001-2005, as ocorrências registradas de violência doméstica aconteceram mais em casa, aos finais de semana, durante a noite e foram desencadeadas por motivos banais, próprios da convivência familiar. Em poucos casos, foi relatada presença de bebida alcoólica e demais drogas. Os agressores foram geralmente os companheiros, homens, jovens, solteiros, com ocupações desqualificadas e pouca escolaridade. As vítimas apresentam perfil bem semelhante ao dos agressores, entretanto, a maioria não desenvolve atividade laboral remunerada.

No que se refere à análise dos laudos, esta mostrou uma predominância de lesões equimóticas, em face, classificadas legalmente como leves. A maioria das vítimas não procurou atendimento médico após a agressão.

4.9 REFERÊNCIAS*

1. Organização Panamericana de Saúde. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, OPAS; 2003.
2. Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comunic Saúde Educ 1999; 3:11-26.
3. Brasil. Lei 9099 de 26 de setembro de 1995. Dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais e dá outras providências. Brasília, 1995.
4. Mirabete JF. Manual de direito penal: parte especial. São Paulo: Atlas; 2006.
5. Brasil. Ministério do Trabalho e do Emprego. Classificação Brasileira das Ocupações, 2002. <http://www.mte.cbo.gov.br/busca.asp>. Acessado em: 12/Out/2006.
6. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. Ciênc Saúde Coletiva 1999; 4:81-94.
7. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 2000; 16:129-37.
8. Santin JR, Guazzelli MP, Campana JB, Campana LB. Violência doméstica: como legislar o silêncio: estudo interdisciplinar na realidade local. Rev Justiça Dir 2002; 1:79-97.
9. Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williams C. Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. JAMA 1997; 277:1369-73.

* Formatação de acordo com as normas da Revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo D)

10. Marinheiro ALV. Violência doméstica: prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.
11. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:695-701.
12. Gianini RJ, Litivoc J, Eluf Neto J. Agressão física e classe social. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:180-6.
13. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
14. Tavares DMC. Violência doméstica: uma questão de saúde pública [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
15. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:256-64.
16. Scott E. Canada's family violence initiative: partnerships. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:218-22.
17. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal en la atención a las mujeres maltratadas. *Invest Educ Enferm* 2001; 19:38-45.
18. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002, 36:470-7.
19. D'Oliveira AFPL. Mulheres em Situação de Violência: uma nova agenda para a saúde. Seminário Violência Doméstica contra a mulher: uma questão para os serviços de saúde; 2006 oct 25; Ribeirão Preto; Brasil.

5. CAPÍTULO 3 - A CONDUTA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM ESTUDO QUALITATIVO SOBRE A OPINIÃO DAS VÍTIMAS.

5.1 RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar qualitativamente as situações de violência doméstica, junto às suas vítimas. Foram entrevistadas individualmente 21 vítimas de violência doméstica física que recorreram à Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba –SP, entre os meses de julho e agosto de 2006. Os relatos foram agrupados em categorias 1.agressão; 2.busca por ajuda policial; 3.busca por profissional de saúde; 4.atitude correta do profissional de saúde. De acordo com os resultados, a maior parte não procurou atendimento à saúde após a agressão, só o fazendo nos casos mais graves. Dentre as que buscaram auxílio à saúde, muitas relataram que, os profissionais não diagnosticaram a violência ou apresentaram-se desinteressados. A maioria acredita ser mais correto o profissional questionar sobre a violência durante o atendimento. Conclui-se que mesmo as vítimas não buscando freqüentemente o serviço de saúde, estas consideram de extrema importância o envolvimento do profissional desta área com o caso.

Palavras-chave: violência doméstica. atitude do pessoal de saúde. serviços de saúde. saúde pública

5.2 ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate qualitatively the cases of domestic violence, together victims. Just 21 victims of physical domestic violence were interviewed individually. These cases occurred on Woman Defense Police Station of Araçatuba- SP / Brazil, between June and August 2006. The reports were divided into categories: 1. suffered aggression; 2. search for police help; 3. search for health professional help before aggression; 4. correct aptitude of health professional. According to the results, the majority didn't look for health treatment after aggression, except for the cases more serious. Among people who looked for health treatment, many of them related that professionals didn't diagnose the violence or showed some indifference.

The majority believes to be more correct the professional question about violence during the exam. We concluded that although victims don't look for health treatment frequently, they consider extremely important the involvement of specific profession on this area with the case.

Keywords: domestic violence. attitude of health personnel. health services.

5.3 RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar cualitativamente las situaciones de violencia doméstica, junto a las sus víctimas. Fueron entrevistadas individualmente 21 víctimas de violencia doméstica física que recurrieron a la Comisaría de Defensa de la Mujer de Araçatuba –SP, entre los meses de julio y agosto de 2006. Los relatos fueron agrupados en categorías 1.agresión; 2.búsqueda por ayuda policial; 3.búsqueda por profesional de salud; 4.actitud correcta del profesional de salud. De acuerdo con los resultados, la mayor parte no procuró atendimento a la salud después de la agresión, solo haciendo en los casos más graves. Entre las que buscaron ayuda a la salud, muchas relataron que, los profesionales no diagnosticaron la violencia o se presentaron desinteresados. La mayoría acredita ser más correcto el profesional cuestionar sobre la violencia durante el atendimento. Se concluye que mismo las víctimas no buscando frecuentemente o servicio de salud, estas consideran de extrema importancia el involucramiento del profesional de esta área con el caso.

Palabras-clave: Violencia doméstica. Actitud del personal de salud. Servicios de salud. Salud pública

5.4 INTRODUÇÃO*

A violência, de maneira geral, ainda é uma incômoda novidade para o setor da Saúde Pública (Deslandes, 1999). O espaço doméstico esconde muitas vezes, a perpetuação de crimes envolvendo os sujeitos da família. Embora a conduta violenta praticada dentro do lar seja comumente “mascarada” tanto pela vítima, quanto pelo agressor, suas conseqüências refletem diretamente em outros setores sociais, como o de saúde, o policial e o judiciário.

Alguns estudos revelam a busca ativa das vítimas, pelos serviços de saúde em decorrência das seqüelas da agressão física e/ou psicológica (Minayo, 1994; Tavares, 2000; Tuesta, 1997). Assim, seria de se esperar que os profissionais desta área estivessem bem preparados para realizar tal atendimento, proporcionando com isso, a efetividade do serviço.

Entretanto, geralmente os trabalhadores deste setor não se encontram capacitados ou interessados em prestar a devida atenção às vítimas de violência doméstica (Schraiber et al., 2000), fazendo com que esta situação seja “naturalizada”, o que gera falhas no acolhimento.

Conseqüentemente, algumas vítimas desistem de procurar pelo serviço, pois, sentem-se violentadas duplamente, ou seja, pelo agressor que causou a injúria e pelo profissional de saúde, que despreparado, não presta a esse paciente os cuidados necessários ao seu problema (Herrera & Agoff, 2006).

A visão de que a violência doméstica, não constitui um problema de saúde, é comum não somente entre as vítimas, mas também entre alguns profissionais da área. Muito se tem falado sobre a temática violência doméstica, porém, a maior parte dos estudos focaliza o atendimento e as impressões das vítimas que recorrem ou recorreram ao serviço de saúde e não às unidades

* Formatação de acordo com as normas da revista Interface Comunicação Saúde Educação (Anexo G).

policiais competentes pelo atendimento desta demanda. Para que possamos entender os motivos que levam as pessoas violentadas a optar ou não pelo atendimento à saúde após sofrerem agressão física, necessário se faz, que conheçamos suas experiências e suas concepções a respeito da situação em que vivem.

Assim, este trabalho torna-se de grande importância por qualificar os motivos que podem levar esses sujeitos a procura ou não dos serviços de saúde, já que muitas vezes, elas buscam apenas o auxílio policial.

5.5 PROPOSIÇÃO

Foi objetivo deste estudo verificar qualitativamente junto às vítimas de violência doméstica, a percepção das mesmas sobre os motivos que acarretaram a agressão sofrida; a visão delas sobre a resolutividade do serviço policial; qual o sentimento frente à situação de violência; o que motivou ou impediu a procura por atendimento à saúde após serem violentadas; qual a atitude dos profissionais de saúde procurados e qual a postura que o profissional de saúde deveria assumir quando do atendimento aos agravos gerados pela agressão, na opinião delas.

5.6 METODOLOGIA

As pesquisas qualitativas são em sua maior parte voltada para a descoberta, identificação, descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade dos atos, das relações e estruturas sociais. (Santos, 1999; Crabtree & Miller, 1991). Este estudo foi realizado na Delegacia de Defesa da Mulher na cidade de Araçatuba-SP, após a permissão da

Autoridade Policial competente. O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FOA-UNESP, processo nº 2005-01861.

A pesquisa consistiu de uma abordagem qualitativa das vítimas de violência doméstica que procuraram a referida unidade policial para a elaboração de ocorrência sobre lesão corporal ou maus-tratos, entre julho e agosto de 2006. Para ser incluída na amostra, era necessário que a vítima estivesse lesionada fisicamente e que a lesão houvesse sido provocada por pessoa com quem mantêm ou manteve relacionamento familiar.

Assim, as vítimas foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa e, as que consentiram participar (n=21) foram entrevistadas em local separado da sala de recepção, para garantir a privacidade durante o depoimento. Foi utilizado um formulário (Anexo H) contendo questões abertas que serviam de guia para as perguntas da pesquisadora, entretanto, o depoimento das mesmas foi transcrito a fim de obter mais detalhes. Optou-se por não grava-las, visto que muitas vítimas apresentavam-se reticentes diante de tal metodologia. Assim, a elas foram feitas algumas indagações, apenas para nortear a entrevista, sem, contudo restringi-la. Cada entrevista durou cerca de uma hora e meia e foram colhidos 21 depoimentos, sendo que dentre todas as abordadas somente 2 se recusaram a participar da pesquisa, querendo, entretanto, relatar o caso. As mesmas foram ouvidas, porém suas declarações não foram incluídas na amostra.

Após a coleta dos dados, foram organizadas categorias, conforme Bardin, 2004, para o agrupamento dos depoimentos. Os grupos estabelecidos foram os seguintes: 1. Agressão sofrida, dando o maior enfoque aos motivos (domésticos, bebida alcoólica ou ciúme) que desencadearam a agressão e a frequência da mesma; 2. Busca por ajuda policial, evidenciando a satisfação ou o descrédito na instituição; 3. Busca por profissional de saúde após o episódio violento, com a finalidade de averiguar se houve procura ou não pelo atendimento a saúde; 4. Atitude correta do

profissional de saúde na opinião das vítimas, com o intuito de averiguar qual a maneira que as mesmas gostariam de ser tratadas nesta situação.

5.7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreender as necessidades e os anseios da população para quem se planejam ações preventivas e curativas, é essencial para que elas atinjam a finalidade proposta. Os resultados deste estudo foram analisados e distribuídos em categorias, conforme descrito abaixo:

Caracterização das vítimas

A maioria das vítimas se enquadra na faixa etária dos 20-35 anos (42,85% - 9 casos), é do gênero feminino (95,23% – 20 casos) e solteira (52,3% - 11 casos). Quanto à escolaridade, 47,61% (10 casos) não concluíram sequer o ensino fundamental e 28,57% (6 casos), estavam desempregadas ou não trabalhavam fora na época do estudo. No que se refere ao parentesco dos agressores com as vítimas, os cônjuges/companheiros (54,14%) e filhos (23,80%) foram os mais citados.

Circunstâncias e contexto da agressão: analisando os relatos

Os relatos aqui apresentados são frutos de declarações espontâneas das entrevistadas. As vítimas, em geral apresentaram-se bastante solícitas em participar da pesquisa, que de certa maneira serviu em alguns casos, para que as mesmas falassem sobre a agressão, e tornassem menores suas angústias.

Agressão sofrida

Os motivos relatados variam muito, mas geralmente são discussões por problemas domésticos, abuso de bebidas alcoólicas e ciúme, como podemos perceber pelos trechos abaixo:

a) Motivos domésticos

“Eu queria ir pra casa da vovó. Ele (pai) ficou bravo, me bateu aqui (mandíbula) pegou minha mochilinha, jogou no meio da rua. Aí eu fiquei lá na calçada e a vovó me, pois pra dentro”

“Eu tava deitada, dormindo, ele chutou a porta e foi agredir o irmão. Eu vi meu outro filho gritando. Eu comecei a gritar apavorada e ele me deu um soco no braço”

“Nós discutimos porque eu tava dormindo (...) Ele (companheiro) veio pra cima de mim, ninguém ajudava. Eu fiquei desacordada, mesmo assim ele continuou em cima de mim. Eu acordei com a vizinha jogando água no meu rosto pra acordar”

b) Bebida alcoólica e outras drogas

Brookoff et al., (1997) afirmam que as substâncias psicoativas estão presentes em até 92% dos casos notificados de violência doméstica. A associação entre a agressividade e o consumo de bebidas alcoólicas ou drogas pelo agente do crime foi uma constante nos depoimentos coletados:

“Eu tava em casa, ele saiu pra ir no bar, e eu fui dormir. Ele chegou bêbado pedindo pra voltar, eu disse que não e ele começou a me enforcar com a mão. Consegui escapar e fui pro sofá, aí ele pegou um fio e tentou me enforcar de novo. Depois ele foi pra cozinha, pegou uma

faca e ficou amolando na pia. Eu corri pra casa da minha irmã e ela me ajudou a tirar meus filhos de lá.”

“Ele usa droga. A gente tava andando de moto e ele me agrediu com o capacete. Já fazia dois dias que ele tinha usado droga e mesmo assim estava louco. Eu esperei ele dormir peguei meus dois filhos e fugi pra cá (choro)”.

“Ele chegou bêbado em casa, lá pelas 4 da manhã. Meu filho tava dormindo. Aí ele (companheiro), acordou o menino e do nada começou a bater nele, também mordeu ele na barriga”.

“Ele sempre me bate, inclusive na frente das crianças. Ontem ele tinha bebido, me deu vários socos na cabeça e quebrou o aparelho de som, o vídeo cassete, a televisão, quebrou tudo em casa. (choro)”.

“Eu moro com ele (companheiro) desde os 14 anos. Sempre fui maltratada. Quando eu tinha 9 (anos), tive que sair de casa porque meu pai tentou me estuprar (choro). Ele (companheiro) chegou em casa e tinha bebido, aí me bateu. Eu peguei meus filhos e fugi, depois fiquei sabendo que ele botou fogo em casa, uma casa que consegui emprestada pra viver. Não sobrou nada. Não tenho nenhuma peça de roupa, nem RG eu tenho mais (choro). Queimou tudo”.

De acordo com Zilberman & Blume (2005), o álcool freqüentemente atua como um desinibidor, facilitando a violência. Os estimulantes como a cocaína, crack e anfetaminas estão

frequentemente envolvidos em casos de violência doméstica, por reduzirem a capacidade de controle dos impulsos e por aumentar as sensações de persecutoriedade.

c) Ciúme

“Quando eu conheci ele (companheiro), eu já tava grávida de outro, mas esse outro é operado e não acreditava que o filho era dele. Aí, meu companheiro disse que assumiria o nenê. Quando meu filho nasceu, era tão parecido com o outro, que ele (pai biológico) resolveu registrar o nenê, sem exame nem nada. A partir daí, ele (companheiro) ficou com ciúme, porque eu me dou bem com o pai do meu filho. Ontem eu tava dando mamã, com o nenê no colo e ele me bateu”.

“Eu estava passando de carro, vi ele (namorado) parado, parei o carro pra perguntar o que ele tava fazendo ali. Achei ruim. Tinha mulher (no local). Aí ele começou a me agredir com a chave do carro, falou que ia me matar e furou meu olho (choro). Ele ia furar o outro olho, aí eu segurei a mão dele”.

O ciúme tanto da vítima, quanto do agressor é motivo frequentemente citado em alguns estudos (Tavares, 2000; Tuesta, 1997). Entretanto, na presente pesquisa, este não se mostrou muito prevalente, aparecendo somente nos dois casos citados acima, o que não significa que não estivesse presente nas outras situações, de maneira secundária.

No que se refere à frequência da agressão, somente em um único caso, a esta foi sofrida pela primeira vez, nos demais, a vítima já havia sido violentada previamente:

“Faz oito meses que a gente mora junto. Ontem foi a primeira vez que ele me bateu”.

“Mais de quatro (vezes)? Põe aí... mais de 10!”.

“Faz três meses que eu sou casada com ele. Ele (cônjuge) começou me bater no segundo dia de casada”.

“Eu já fui agredida várias vezes. Não sei nem dizer o quanto”.

“Ele (pai) bate nessa menina desde que ela tava na barriga da mãe”.

Os relatos encontrados pela autora deste estudo estão em desacordo com o constatado por Saffioti (1997), onde a grande maioria das vítimas sofreu agressão uma única vez. A explicação para esta diferença, talvez, possa ser atribuída ao local de coleta dos dados, pois, são raros os casos onde a vítima recorre ao serviço policial, já na primeira agressão.

Atitude das vítimas

Os sentimentos das vítimas diante da agressão variaram entre a revolta e a convivência com a situação:

a) Revolta:

“Nós mulheres não devemos confiar nos homens. (choro)”.

“Nunca apanhei nem em casa, porque vou apanhar agora de um marmanjo?”.

“Eu (mãe) estou pedindo socorro! Eu quero que me ajudem. (choro)”.

b) Conivência:

“Na verdade, eu quero mesmo é dar um susto nele (companheiro)”.

“O que, me separar dele? Não, não. Eu amo ele (companheiro)”.

“Mas, essas perguntas que você (pesquisadora) tá fazendo não vai complicar pra ele (agressor) não, né?”.

“Não eu (mãe) não quero processar ele (filho)...”.

A conivência explícita com a situação pode refletir, entre outras coisas, a dependência emocional que essas vítimas apresentam em relação aos agressores. Chama-nos atenção o fato de que as mesmas, embora recorram ao serviço policial, não desejam “levar o caso adiante”, ou seja, pretendem apenas cessar com a situação de violência, sem, contudo distanciar-se do agente.

A passividade das vítimas ante a situação pode ser atribuída também ao temor do castigo; dependência econômica; preocupação com os filhos; falta de apoio da família e amigos; esperança constante de que o agressor mude suas atitudes. (Organização Panamericana de Saúde, 2002).

Busca por ajuda policial**a) Descrédito:**

Analisando-se o relato das vítimas, podemos ressaltar que com referência à efetividade dos atendimentos, algumas não acreditam que o registro da ocorrência irá modificar a situação em que se encontram. Muitas vezes, este descrédito ocorre também por parte do agressor, que

acostumado com a impunidade, não teme mais a ameaça de ser denunciado. Não se pode esquecer, porém, que, não é exatamente o Poder de Polícia que falha e sim o Poder Judiciário:

“Eu já fiz 16 BOs contra ele (companheiro). Não adiantou nada.”

“Ele (cônjuge) ficou me ameaçando a noite inteira. Eu levantei e falei que ia dar parte das ameaças. Aí ele falou:”Já que você vai, então vai apanhada”.

“Chamei! A polícia foi lá em casa e ele (cônjuge) me bateu na frente do guarda...”.

“... quando eu corri pra casa da minha irmã, ela chamou a polícia, só que era de noite e eles não quiseram ir”.

b) Satisfação:

Ao ambiente policial geralmente é atribuída a característica de hostilidade. Todavia, na unidade onde foram coletados os dados, este atributo não está presente, podendo ser verificado tanto pelas impressões pessoais da pesquisadora, quanto pelas afirmativas de algumas vítimas, que consideram o atendimento prestado pelas funcionárias do local, como de boa qualidade:

“... venho na DDM, porque aqui tem psicóloga e sou muito bem tratada”.

“É difícil... eu entendo que as meninas aqui (DDM) fazem de tudo pra ajudar a gente, mais tem coisa que depende do juiz”.

“Na hora que ele (ex-namorado) tava me batendo passou uma viatura. Aí o policial parou e correu atrás dele até pegar. Eu achei bom (...) eles levaram a gente pra delegacia da mulher pra fazer a ocorrência, né? Aí as ‘doutoras’ falaram um monte pra ele, que era pra ele não fazer mais isso. Foi muito bom. Pelo menos ele me deixou em paz”.

“Hoje eu (mulher) vim aqui, porque eu quero assim... um conselho, né? Uma amiga minha veio aqui e a Delegada falou com o marido dela, explicou que não se deve bater em mulher, que o casal tem que viver em paz (...) Pra ela (amiga) foi muito bom, porque ela não apanhou mais. Então quero ver se serve pra mim também, né?”.

As Delegacias de Polícia Especializadas, formadas por policiais do sexo feminino exercem um papel fundamental no enfrentamento da violência doméstica (Bruschi et al., 2006). Geralmente, o que as vítimas buscam nestas instituições, não é exatamente livrar-se do agressor e sim da agressão. Isso significa que muitas recorrem ao serviço para buscar orientação e apoio, com a finalidade de manter e ajustar seu relacionamento familiar.

Atendimento à saúde

a) Procura por atendimento

A procura por atendimento nestas situações ocorre, porém neste estudo, ficou evidente que algumas vítimas dão pouca importância para as agressões em que resultam lesões leves, e algumas mesmo lesionadas, não consideram necessária a ajuda médica, buscando-a somente em casos extremos:

“Meu olho tava sangrando muito, aí um amigo me levou pro hospital...”.

“Não sei quem me levou porque eu desmaiei na hora. O médico falou que não machucou a carne, só o osso”.

“Eu fui sim (...) porque tava com muita dor”.

“Eu fui na Santa Casa, tava muito machucada e cabeça é perigoso, né?”.

Tuesta (1997), verificou que geralmente as vítimas recorrem aos serviços de saúde pelas seqüelas posteriores à agressão e não exatamente para tratar as lesões imediatas.

b) Não buscou ajuda

O medo do agressor foi fator importante para que as vítimas deixassem de buscar ajuda profissional:

“Ele (companheiro) não deixa. Não posso procurar médico, dentista, farmácia, nem nada. Nem consulta com o ginecologista ele deixa eu ir”.

“Eu não fui no posto porque tenho medo dele (agressor)”

Sobre esta questão, vale ressaltar, que é comum a vítima desistir de procurar a emergência dos serviços de saúde por temer o preconceito advindo dos próprios funcionários, pois, estes geralmente atribuem a culpa da agressão à paciente (ENVIN apud Herrera & Agoff, 2006). Além disso, fica evidente pelos relatos que as entrevistadas não consideram a violência como agravo à saúde:

“Não procurei o médico por vergonha. Fui na farmácia, o farmacêutico não perguntou nada, só me deu uma pomada”.

“Nunca procurei o profissional de saúde. Por quê? Tem que procurar?”.

“Não procurei o médico porque acho que não foi nada grave”.

“Ah não! Não fui no médico porque não ficou nenhum hematoma”.

A agressão física, para algumas vítimas pode ser um problema bem menor se comparado com a desordem familiar vivida por elas (Schraiber e D'Oliveira, 1999).

Podemos também notar um certo descrédito no serviço de saúde, provavelmente oriundo de alguma experiência prévia ruim:

“Não procurei ninguém porque acho que não ia resolver nada”.

“O médico não dá nem importância. Para ele só passar um remédio, uma injeção e ‘foi ontem’”.

Bruschi et al. (2006) realizaram pesquisa com mulheres vitimizadas pelos seus companheiros e constataram que as mesmas, após as situações de conflito, recorrem à polícia, ficando o serviço de saúde em penúltimo lugar, atrás da família e dos líderes religiosos.

Atitude do profissional de saúde

As agressões domésticas, especialmente as físicas podem ser diagnosticadas pelos profissionais de saúde, já que suas conseqüências são evidentes. No entanto, essa identificação

geralmente é negligenciada, mesmo quando relatada explicitamente (Deslandes, 2000), motivo pelo qual a vítima sente-se desamparada e muitas vezes desiste de procurar tal auxílio. Os trechos abaixo deixam evidente a falta de preparo de alguns profissionais para lidar com essa situação:

a) Descaso

“Eu sempre vou no médico porque tenho muitas dores nos braços e nas pernas, mas o médico nunca perguntou se eu sofria com a violência. Um dia eu falei pro enfermeiro que vai em casa (PSF) e mostrei os machucados pra ele, ele nem deu atenção, só queria medir a pressão. Aí eu disse: Você só vai medir a pressão? Então não precisa saber como está a minha vida”.

“Um dia fui no pronto-socorro, era véspera de Natal e eu tinha apanhado. O médico perguntou como eu tinha machucado, aí eu disse que meu marido tinha me batido. Aí ele (médico) falou assim: Vocês não podiam ter esperado passar o Natal pra brigar?”.

“Eu falei o que tinha acontecido e mostrei pra ele (médico) os machucados, só que ele não deu importância. Ele falou: Isso não é nada, passa uma pomadinha que sara”.

“Ele (médico) só colocou uma tala no meu dedo e me mandou pra casa”.

Um estudo realizado no México (Herrera & Agoff, 2006), mostrou que grande parte dos profissionais de saúde não questiona as vítimas de violência doméstica, pois considera este um problema que não compete ao setor. Contudo, é fato que a violência representa sim, um problema de saúde pública que necessita enfrentamento inclusive pelos profissionais da área.

Herrera & Agoff (2006), constataram que o profissional de saúde geralmente apresenta algumas das seguintes condutas frente ao atendimento de pacientes violentados: Culpar o

paciente pela agressão; ignorar o problema, considerando a situação “natural”; comover-se, porém constranger-se em questionar o paciente sobre o fato.

b) Atenção

Felizmente, alguns profissionais mostraram-se empenhados, segundo as entrevistadas, em acolher os pacientes vitimizados pela violência, e inclusive, incentivam os mesmos a não aceitarem a situação:

“... e o médico falou pra mim vim aqui e faz a ocorrência”.

“Foi uma médica que me atendeu. Ela falou: Vai na Delegacia da Mulher e denuncia”.

“O médico foi bem atencioso. Perguntou como eu machuquei e falou pra mim dá queixa. Aí eu vim”.

Opinião das vítimas quanto à postura adequada do profissional de saúde durante a consulta:

Analisando-se as declarações a respeito da postura profissional considerada correta pelas vítimas, nos casos de violência, algumas acreditam que os profissionais não devem se envolver com o caso, por terem elas, a falsa idéia de que as agressões são problemas restritos ao âmbito doméstico ou por vergonha de relatar.

a) Não se envolver com o caso:

“O profissional de saúde não tem que se envolver com o caso. Isso é coisa íntima. Eu sou profissional de saúde e acho que ele não deve perguntar porque deve ter ética profissional, tá certo?”.

“Acho que o médico não deve ficar perguntando como aconteceu (lesão). Eu tenho vergonha de falar”.

“O médico não deve se envolver no caso por ser de família”.

“Ele (profissional) pode até perguntar, mas fica aí! Não tem que se meter”.

b) Envolver-se com o caso

Outras, entretanto, acreditam, que o profissional deve envolver-se com esses casos:

“É, acho que ele (profissional) tem obrigação de perguntar, porque ninguém quer ver o outro sofrer...”.

“O médico, ou qualquer outro que atende, deve encaminhar as pessoas a procurar seus direitos”.

“Perguntar (sobre a agressão) e falar pra pessoa ir dar queixa é o certo, né? Machucou, doeu...”.

“Acho muito importante o médico incentivar a denúncia”.

Chang et al. (2005), demonstraram por meio de um estudo com vítimas de violência doméstica, que muitas delas gostariam que o profissional de saúde ajudasse-nas a denunciar o caso à polícia, ou fizesse isso por elas.

5.8 CONCLUSÕES

Os motivos que desencadearam as agressões domésticas variaram entre desentendimentos domésticos; ingestão de bebida alcoólica e ciúme. Ante a agressão, as vítimas relataram sentimentos de revolta, porém predominou a convivência com a situação. Poucas referiram descrédito nas ações policiais, sendo que a maior parte considera o serviço da unidade em questão como de boa qualidade.

A maioria das entrevistadas relatou não buscar o atendimento à saúde após a agressão, entre outros motivos, por não achar necessário. A busca ocorreu geralmente nos casos de lesões mais graves. Dentre as vítimas que buscaram auxílio à saúde, muitas relataram que os profissionais não diagnosticaram a violência ou apresentaram-se desinteressados em ajudar a paciente, mesmo quando explicitada a situação.

Com relação à postura profissional, a maior parte das vítimas acredita ser mais correto o profissional questionar sobre a violência durante o atendimento.

5.9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, fica evidente a necessidade de se adequar o atendimento profissional do setor de saúde, às expectativas e necessidades dos pacientes vitimizados pela violência doméstica, já que, pelo presente estudo, pôde-se notar falhas na atenção prestada. Para tanto, são importantes as

capacitações dirigidas neste sentido, não somente entre os profissionais, mas também aos graduandos de todas as áreas da saúde.

5.10 REFERÊNCIAS*

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: 70, 2004.
- BROOKOFF, D.; O'BRIEN, K.K.; THOMPSON, T.D.; WILLIAMS, C. Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. **JAMA**, v. 277, n. 17, p.1369-73, 1997.
- BRUSCHI, A.; PAULA, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 256-64, 2006.
- CHANG, J.C.; CLUSS, P.A.; RANIERI, L.; HAWKER, L.; BURANOSKY, R.; DADO, D.; MACNEIL, M.; SCHOLLE, S.H. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. **Women's Health Issues**, v. 15, N.1, p. 21-30, 2005.
- CRABTREE, B.F.; MILLER, W.L. A qualitative approach to primary case research: the long interview. **Fam. Med.**, v. 23, N. 2, p.145 –51, 1991.
- DESLANDES, S.F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciênc. Saúde. Coletiva.**, v. 4, n.1, p. 81-94, 1999.
- DESLANDES SF, GOMES R, SILVA CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n.1 p. 129-37, 2000.
- HERRERA, C., AGOFF, C. Dilemas del profesional médico ante la violencia de pareja em México. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.11, p.2349-2357, 2006.
- MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, suppl.1, p.507-18, 1994.

* Formatação de acordo com as normas da revista Interface Comunicação Saúde Educação (Anexo G).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Washington: OMS, 2002.

SAFFIOTI, H.I.B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Madeira FR. **Quem mandou nascer mulher?:** estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

SANTOS, R.S. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **J Pediatr.**, v. 75, n.6, p.401-6, 1999.

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.L., FRANÇA – JR, I., STRACKE, S. OLIVEIRA, E.A. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saúde Soc.**, v. 9, n.1/2, p.3-15, 2000.

SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface Comun, Saúde Educ.**, v. 3, n.5, p.11-26, 1999.

TAVARES, D.M.C. Violência doméstica: uma questão de saúde pública. 2000. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

TUESTA, A.J.A. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1997. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ZILBERMAN, ML, BLUME, SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, Supl 2, p.S51-5, 2005.

6 CONCLUSÃO GERAL

Por meio destes estudos podemos concluir que:

Os profissionais de saúde devem identificar e notificar aos órgãos responsáveis os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica, contribuindo assim para o conhecimento epidemiológico do problema e o planejamento de ações voltadas à sua prevenção. Este dever constitui obrigação legal e moral, pois, também consta dos Códigos de Ética Profissionais.

A violência doméstica física registrada na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, entre 2001-2005 ocorreu mais durante a noite, em casa, aos finais de semana, por motivos banais. Foi cometida e sofrida por pessoas com características semelhantes, ou seja, adultos jovens, com baixa escolaridade, que exercem ocupações pouco qualificadas ou não remuneradas.

Mesmo não buscando ativamente pelos serviços de saúde após a agressão, limitando-se a este ato nos casos mais graves, as vítimas consideram de extrema importância o envolvimento do profissional com o caso e gostariam de receber um tratamento mais humano quando optassem pela busca.

O presente estudo possibilitou a reflexão a respeito da situação de como é tratada a violência doméstica em alguns setores sociais, como o de saúde e o policial. Muito há que se fazer para que esta realidade se modifique. Talvez, o primeiro passo, seja encarar como público e criminoso um problema, até então considerado por muitos como privado e trivial.

Assim, torna-se evidente a necessidade de capacitação, bem como uma real mudança de postura dos profissionais destas áreas frente ao problema, com a finalidade de diagnosticar, orientar e contribuir para que, de alguma forma, seja amenizado o sofrimento dos agredidos.

ANEXO A – Aprovação pelo CEP FOA-UNESP



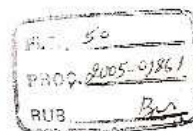
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP –

OF. 166/2005
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, aos 03 de novembro de 2005



Referência Processo FOA 2005-01861

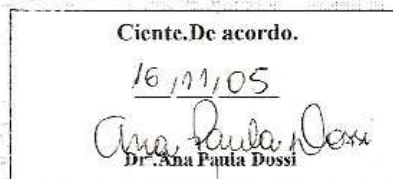
O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto "A violência doméstica e responsabilidade do Cirurgião-Dentista" expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 27/10/2006 e o relatório final em 27/04/2007.

Prof. Dr. Stefan Pinza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Drª Ana Paula Dossi
Campus de Araçatuba-SP-



Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária –
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba – SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

ANEXO B - Normas para submissão de manuscritos à Revista de Saúde Pública**INSTRUÇÕES AOS AUTORES**

A **Revista de Saúde Pública** é inter e multidisciplinar e arbitrada. Publica prioritariamente pesquisas originais sobre temas relevantes e inéditos sobre o campo da saúde pública, que possam ser replicadas e generalizadas, e também outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseadas na literatura recente, bem como artigos sobre temas atuais ou emergentes, comunicações breves e cartas ao editor.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à **Revista de Saúde Pública**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em anais de reuniões científicas. Os autores devem assinar e encaminhar uma declaração de responsabilidade cujo modelo está disponível no site da Revista.

Os manuscritos submetidos à Revista devem atender à política à sua editorial e às "instruções aos autores", que seguem os "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos" (RSP, 1999; 33(1): 6-15). No que couber e para efeito de complementação das informações, recomenda-se consultar esse citado documento. Os manuscritos que não atenderem a essas instruções serão devolvidos.

Atendidas as condições acima e liberados na fase preliminar de análise, os manuscritos são encaminhados para avaliação de até três relatores. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

A objetividade é o princípio básico para a aceitação dos manuscritos, resultando em artigos mais curtos de acordo com os limites estabelecidos pela Revista.

Os manuscritos podem ser submetidos nos idiomas português, inglês ou espanhol. Os artigos publicados em português são traduzidos para o inglês e divulgados somente no formato eletrônico.

Relações que podem estabelecer **conflito de interesse**, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas pelos autores na página de rosto do manuscrito

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsink e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses.

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Desta forma, os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, cujo modelo encontra-se disponível no site da Revista.

Categorias de Artigos

Além dos artigos originais, os quais têm prioridade, a **Revista de Saúde Pública** publica revisões, atualizações, notas e informações, cartas ao editor, editoriais, além de outras categorias de artigos.

Artigos originais - São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder

- Devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas.
- As referências bibliográficas estão limitadas ao número máximo de 25, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

A estrutura dos artigos é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento ("estado da arte") que serão abordadas no artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. *Devem ser separados da Discussão.* A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraindo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Revisões - Avaliação crítica sistematizada da literatura sobre determinado assunto, devendo conter conclusões. Devem ser descritos os procedimentos adotados, esclarecendo a delimitação e limites do tema. Sua extensão é de 5.000 palavras.

Atualizações - São trabalhos descritivos e interpretativos baseados na literatura recente sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo. Sua extensão deve ser de 3.000 palavras.

Comunicações Breves - São artigos curtos destinados a divulgação de resultados preliminares de pesquisa; de resultados de estudos que envolvem metodologia de pequena complexidade; hipóteses inéditas de relevância para a área de saúde pública.

- Devem ter no máximo 1.600 palavras, uma tabela/figura e 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais exceto para resumos que não são estruturados e devem ter até 100 palavras.

Cartas ao Editor - Inclui cartas que visam a discutir artigos recentes publicados na Revista ou a relatar pesquisas originais ou achados científicos significativos. Não devem exceder a 600 palavras e a 5 referências.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. Manuscritos com mais de 6 autores devem ser acompanhados por declaração certificando explicitamente a contribuição de cada um dos autores elencados (ver modelo anexo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, neste caso, figurar na seção "Agradecimentos". A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.

Cada manuscrito deve indicar o nome de um autor responsável pela correspondência com a Revista, e seu respectivo endereço, incluindo telefone, fax e e-mail.

Processo de julgamento dos manuscritos

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial, são encaminhados aos Editores Associados que considerarão o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos são encaminhados aos relatores previamente selecionados pelo Editores Associados.

Cada manuscrito é enviado para três relatores de reconhecida competência na temática abordada.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. A decisão sobre aceitação é tomada pelo Conselho de Editores. Cópias dos pareceres são encaminhados aos autores e relatores, estes por sistema de troca entre eles.

Manuscritos recusados - Manuscritos não aceitos não serão devolvidos, a menos que sejam solicitados pelos respectivos autores no prazo de até seis meses. Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

Manuscritos aceitos - Manuscritos aceitos ou aceitos sob condição poderão retornar aos autores para aprovação de eventuais alterações no processo de editoração e normalização de acordo com o estilo da Revista.

Preparo dos manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

- Os manuscritos devem ser digitados em uma só face, com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A4 (210x297 mm), mantendo margens laterais de 3 cm, espaço

duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

- Cada manuscrito deve ser enviado em 4 vias. Quando aceito para publicação, deve ser encaminhada uma cópia impressa do manuscrito e uma em disquete 3/2, programa Word 95/97.

- Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter: **a)** Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve conter no máximo 84 caracteres. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. **b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas. **c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura. **d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço. **e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado. **f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência, incluso e-mail, fone e fax. **g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo. **h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada. **i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Atualização e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando

os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (Mesh), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

AGRADECIMENTOS

Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

REFERÊNCIAS

As referências devem ser *ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas* de acordo com o estilo Vancouver (RSP, 1999; 33(1):6-15) . Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o

limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Exemplos:

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1988. *Rev Saúde Pública* 1988;32:79-83.

Forattini OP. Ecologia, epidemiologia e sociedade. São Paulo: EDUSP; 1992.

Laurenti R. A medida das doenças. In: Forattini OP. Epidemiologia geral. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p. 64-85.

Martins IS. A dimensão biológica e social da doença [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1985.

Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev Saúde Pública* [periódico on-line] 1997;31(5). Disponível em URL:<http://www.fsp.usp.br/rsp> [1998 mar 23].

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos", *RSP* 1999;33(1):6-15.

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos a publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas.

Referências a documento de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citados; quando imprescindível, pode figurar no rodapé da página que o cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das referências no texto, nas tabelas e figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguida da expressão "et al". **Exemplo:** Terris et al⁸ (1992) atualiza a clássica definição de saúde pública elaborada por Winslow. O fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante parece evidente.^{9,12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas em folhas separadas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), citadas como figuras, devem estar desenhadas e fotografadas por profissionais. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser

apresentadas em folha à parte; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 9,5 cm (largura da coluna do texto) ou 15 cm (largura da página). Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Figuras coloridas não são publicadas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.

[Clique aqui para verificar um resumo dos itens exigidos para apresentação dos manuscritos](#)

Envio dos manuscritos

Os manuscritos devem ser endereçados ao Editor Científico da Revista, em quatro vias em papel (uma original e três cópias) para o seguinte endereço:

Editor Científico da Revista de Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715

01246-904 São Paulo, SP - Brasil

Fone/Fax 3068-0539

E-mail: revsp@edu.usp.br

ANEXO C – Ficha para notificação dos tipos de violência pelos serviços de saúde.

 República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Nº _____

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais

1 Data da Notificação 2 UF 3 Município de Notificação

4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código (CNES)

5 Data da Ocorrência da Violência 6 Hora da Ocorrência (0 - 24 horas)

Dados da Pessoa Atendida

7 Nome 8 Data de Nascimento

9 Idade 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 4 - Ignorado 10 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado 11 Gestante 1) 1º Trimestre 2) 2º Trimestre 3) 3º Trimestre 4) Idade gestacional Ignorada 5) Não 6) Não se aplica 9) Ignorado

12 Cor 1-Branca 4-Parda 2-Preta 5-Indígena 3-Amarela 9-Ignorado 13 Escolaridade 01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª a 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo 06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado

14 Ocupação 15 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 5 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado

16 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado 17 Possui algum tipo de deficiência? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Física Visual Outras deficiências/ Síndromes Mental Auditiva

18 Número do Cartão SUS 19 Nome da mãe

Dados de Residência

20 UF 21 Município de residência 22 Bairro de residência

23 Logradouro (rua, avenida,...) 24 Número

25 Complemento (apto., casa, ...) 26 Ponto de Referência 27 CEP

28 (DDD) Telefone 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados da Ocorrência

31 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Ambiente de trabalho 07 - Estabelecimento de saúde 11 - Terreno baldio 12 - Bar ou similar 13 - Outros 99 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 05 - Escola 08 - Instituição socioeducativa 03 - Via pública 06 - Creche 09 - Instituição de longa permanência 10 - Instituição prisional

32 UF 33 Município de Ocorrência 34 Bairro de ocorrência

35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...) 36 Número 37 Complemento (apto., casa, ...)

38 Zona de ocorrência 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado 39 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 40 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

41 Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado 42 Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Inst. perfuro-cortante Enforcamento/sufocação Queimadura Outros Negligência/Abandono Financeira/Econômica Outros

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências SVS 25/07/2006

Informações complementares e observações

Disque-Saúde 0800 61 1997		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unit. de Saúde/CNES	
	Nome		Função	Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências				SVS 25/07/2006	

ANEXO D - Normas para submissão de manuscritos à Revista Cadernos de Saúde Pública



■ instruções para os autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras. Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Artigos especiais** – os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; **(7) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(8) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). O limite de palavras

inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria. No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores - Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações - As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores. É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em

meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm. O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos - Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura - Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento

integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹).

As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos

Artigos de periódicos Artigo padrão Até 6 autores: Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. Trans R Soc Trop Med Hyg 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores: DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. Mol Biol Evol 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-2. **Sem indicação de autoria** Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Volume com suplemento Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto; Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O,

editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados Artigo de jornal Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.**Documentos legais** Decreto no. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago. **Material eletrônico CD-ROM** La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.**Internet** Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004). **Cadernos de Saúde Pública** Rua Leopoldo Bulhões 1480 Rio de Janeiro RJ 21041-10 Brasil cadernos@ensp.fiocruz.br© 2006 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ANEXO E – Formulário utilizado para a coleta de dadosNº _____ **Horário:** () 00:01 – 6:00 () 6:01 - 12:00 () 12:01 – 18:00 () 18:01 – 24:00**Dia:** () segunda-feira () terça-feira () quarta-feira () quinta-feira () sexta-feira () sábado () domingo**Bairro:** _____ **Local:** () residência () estabelecimento comercial () via pública**AUTOR****Sexo:** () M () F **Pele:** () B () P () N **Idade:** _____ **Profissão:** _____**Parentesco:**

() cônjuge	() madrasta
() ex-cônjuge	() padrasto
() companheiro	() filho
() ex-companheiro	() filha
() namorado	() irmão (ã)
() ex-namorado	() tio (a)
() mãe	() avó(ô)
() pai	outro _____

Estado civil: () solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo**Escolaridade:**

() sem informação	() ensino médio incompleto
() analfabeto	() ensino médio completo
() fundamental incompleto	() superior incompleto
() fundamental completo	() superior completo

Álcool: () Sim () Não **Drogas:** () Sim () Não**Motivo da agressão:** () ciúme () dinheiro/ bens () filhos () desentendimento () sem motivo aparente ()
outro _____**VÍTIMA****Sexo:** () M () F **Pele:** () B () P () N **Idade:** _____ **Profissão:** _____**Estado civil:** () solteiro () casado () separado/divorciado () viúvo**Escolaridade:**

() sem informação	() ensino médio incompleto
() analfabeto	() ensino médio completo
() fundamental incompleto	() superior incompleto
() fundamental completo	() superior completo

Passou por PS: () Sim () Não () Sem informação**Laudo Médico:**

ANEXO F - Classificação brasileira das ocupações, segundo o Ministério do Trabalho e Emprego. Brasil, 2002.

	Grupo	Título
0	Forças armadas, Policiais e Bombeiros Militares	
1	Membros do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes	
2	Profissionais das ciências e das artes	
3	Técnicos de nível médio	
4	Trabalhadores de serviços administrativos	
5	Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	
6	Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca	
7	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	
8	Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	
9	Trabalhadores de manutenção e reparação	
Outros	Ocupações não especificadas pela CBO 2002	

Fonte: CBO 2002, Ministério do Trabalho e do Emprego.

**ANEXO G - Normas para submissão de manuscritos à Revista Interface –
Comunicação Saúde e Educação**



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

INTERFACE - Comunicação, Saúde, Educação publica somente textos inéditos. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse. Todo texto enviado é submetido à revisão por pares (no mínimo dois relatores), segundo critérios definidos pelo Corpo Editorial. O trabalho é devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** e os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo o estilo e o conteúdo dos mesmos.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas e notas de pesquisa inéditos; edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse, distribuídos nas seguintes seções:

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até vinte laudas).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até vinte laudas).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até vinte laudas).

Entrevista - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até vinte laudas).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até cinco laudas).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (até uma lauda).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até dez laudas).

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores.

Envio dos manuscritos

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Os originais devem ser enviados com texto digitado em word for windows, fonte times new roman, corpo 12, espaço duplo, em laudas de até trinta linhas. Todos os originais submetidos à publicação, em qualquer das seções da revista, devem dispor de um

resumo do trabalho, com no máximo 150 palavras, bem como de até cinco palavras-chave alusivas à temática do trabalho, em português, espanhol e inglês. Da folha de rosto deve constar o título do trabalho (em português, espanhol e inglês) e dados do autor (nome completo, formação, vínculo institucional, cargo e/ou função, endereço, telefone e e-mail) Da primeira página do texto deve constar o título completo do artigo, resumo em inglês, português e espanhol (até 150 palavras), palavras-chave (nos três idiomas), omitindo-se o nome do autor. Os originais devem ser remetidos por correio em três cópias impressas e disquete de 3 1/2" e não serão devolvidos aos autores.

Ilustrações - tabelas, figuras, gráficos e desenhos (TIF ou JPEG) devem ser enviados em páginas separadas, com legendas e numeração. Imagens digitalizadas podem ser enviadas por meio eletrônico com as seguintes especificações: resolução de 400 dpi em tamanho natural e salvas em arquivo JPEG. Imagens em preto e branco devem ser escaneadas em tons de cinza; imagens coloridas, em RGB.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando **estritamente** necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma (Autor, data, página). As referências bibliográficas citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EVENTOS: PAIM, J. S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais** São Paulo, 1995. p.5.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.) **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS: WAGNER, C. D.; PERSSON, P. B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

Distrito de Rubião Junior, s/nº

Caixa Postal 592

18618-000 Botucatu SP Brasil

Tel./Fax: +55 14 3815-3133

intface@fmb.unesp.br

ANEXO H – Roteiro utilizado para a realização das entrevistas



Universidade Estadual Paulista
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”



CÂMPUS DE ARAÇATUBA - FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA INFANTIL E SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL

Sexo M () F () Idade: _____ anos Pele _____

Profissão _____

Estado civil _____ Escolaridade _____

Quantas vezes já foi agredido(a).

Quem foi o autor da agressão.

Ele(a) estava alcoolizado/drogado.

Qual o motivo.

Como aconteceu.

Porque você procurou a polícia.

Você procurou ou vai procurar pelo atendimento à saúde. Porquê.

Caso tenha procurado o profissional de saúde, qual foi a atitude dele.

Na sua opinião, qual a conduta deveria ter o profissional de saúde, quando do atendimento de vítimas da violência doméstica.

Depoimento: