UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba
Departamento de Ciências Básicas

Bruno Wakayama

Percepção e atitude dos profissionais de saúde frente à violência intrafamiliar.

Araçatuba-SP
2014

Bruno Wakayama

Percepção e atitude dos profissionais de saúde frente à violência intrafamiliar.

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Orientador: Profª. Adj Cléa Adas Saliba Garbin

Araçatuba-SP
2014

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus pais, ao meu irmão e a minha namorada, pela compreensão e apoio do inicio, desenvolvimento e conclusão desta caminhada. Sem dúvida foram essenciais para manter meu foco e não desistir dos meus ideais.

Agradecimentos especiais

Agradeço a Deus, por me iluminar e me manter firme durante essa jornada, trilhando meu caminho e possibilitando a realização deste grande sonho.

À professora orientadora, Cléa Adas Saliba Garbin, pela paciência e generosidade na orientação, para que fosse possível a conclusão desta monografia. Que com sua sabedoria me mostrou o quão a odontologia é grande, e como é bonito a arte do ensinar.

À doutoranda, Renata Reis dos Santos pela ajuda e colaboração nos trabalhos desenvolvidos em conjunto. Sua presença foi essencial para o meu desenvolvimento acadêmico.

À minha namorada, pela paciência e apoio nos momentos de dificuldades. Sua presença me trouxe paz e serenidade, fazendo cada dia valer a pena.

À minha segunda família, os meus amigos de república, pela amizade e companheirismo de todos esses anos. São meus irmãos e fizeram parte para tornar do impossível uma possiblidade.

À turma 11, aos meu amigos de sala, pela amizade nesta trajetória e aos momentos memoráveis que passamos juntos.

Aos amigos do programa da pós-graduação, Renata Colturato Joaquim, Ana Carolina F. G. Freire, Milene Moreira Silva, Najara Rocha, Gabriella Barreto Soares, Adriana Alves Costa e Adrielle Mendes de Paula; que diretamente me auxiliaram durante todo o período da minha graduação.

Aos professores do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Cléa Adas Saliba Garbin, Artenio Jose Isper Garbin, Tania Adas Saliba Rovida, Suzely Adas Saliba Moimaz, Renato Moreira Arcieri e Ronald Jefferson Martins; pelos ensinamentos e conhecimentos passados que contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

Agradecimentos

À UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, pela oportunidade de realizar este curso.

À Diretora da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Adj. Ana Maria Pires Soubhia e ao Vice-Diretor Prof. Titular Wilson Roberto Poi, pelo apoio.

A todos meus professores, por todos os ensinamentos ministrados, tornando-se importantes tanto em minha formação profissional como em meu amadurecimento pessoal.

À FAPESP, pela concessão da bolsa para a realização deste trabalho.

Sempre serei grato!

Epígrafe

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos ver o mundo" (Albert Einstein)

"Só o desejo inquieto, que não passa,

Faz o encanto da coisa desejada...

E terminamos desdenhando a caça

Pela doida aventura da caçada."

(Mario Quintana)

Wakayama, B. **Percepção e atitude dos profissionais de saúde frente à violência intrafamiliar.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

Resumo

A violência intrafamiliar tem se caracterizado de maneira alarmante na realidade brasileira, portanto, sendo considerado um problema de Saúde Publica. É caracterizada como uma agressão física, psicológica, econômica, sexual ou omissão que é acometido por um dos membros de uma família, dentro ou fora do seu espaço físico de vivência. Os alvos constantes dessas agressões são grupos vulneráveis, que a mercê dessa violência gratuita, acarretam no comprometimento da personalidade, sequelas psicológicas, à vista disto, formando um ciclo para pratica de comportamentos violentos. O ato de notificar é uma medida de interromper as relações de violência através de amparo a essas vitimas a nível profissional e institucional. A notificação é de encargo do profissional da saúde perante a suspeita e ou diagnóstico de violência. Entretanto, a prática dessa ação é percebida como frágil e tênue pelos profissionais, por falta de conhecimento, despreparo e receios. O objetivo do estudo foi avaliar a percepção dos profissionais de saúde do serviço público sobre o tema violência e as dificuldades no processo de notificação. Tratou-se de um estudo descritivo de corte transversal quati-qualitativo. Fizeram parte do estudo profissionais da saúde do serviço publico de dois municípios do estado de São Paulo, um de pequeno e outra de médio porte. Foi utilizado para coleta um inquérito semi-estruturado com questões abertas e fechadas. Para as análises estatísticas serão utilizadas o teste qui-quadrado e e Fisher para amostra quantitativa e a análise de conteúdo por BARDIN para a analise qualitativa. De acordo com as resposta, foi verificado o despreparo profissional da maioria dos profissionais da saúde no diagnóstico de violência, bem como os meios existentes para amparo as vitimas. O desconhecimento da ficha de notificação, o dever profissional, bem como, os medos e receios em intervir em casos violência, sugere a necessidade de capacitação profissional sobre o tema, e a elaboração de estratégias a fim de facilitar o processo de notificação pelos profissionais da saúde.

Palavras chaves: Violência; Saúde Pública; Epidemiologia; Políticas Públicas.

Wakayama, B. Perception and attitude of health professionals front domestic violence.2014. Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)- Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

Abstract

Domestic violence has increased remarkably in Brazil routine and consequently, it has been considered as a public health problem. This kind of violence is characterized as physical, psychological, economic, sexual or omission, being committed by one of familiar member, in or out of local life. The constant targets of these aggressions are vulnerable groups that due to this kind of violence, they have personality compromised, and psychological damages closing a cycle for violent behaviors. To notify it is a way to block the violent relations through support to victims at professional and institutional levels. Notification is a charge of health professional front suspect and/or diagnosis of violence. However, for health professionals the violence practice is perceived as frail and tenuous because of their lack of knowledge, unpreparedness and fears. The aim of this study was to evaluate the perception of health professional of public health services regarding to violence and difficulties to notify it. Deal with a descriptive, cross-sectional cohort study with a qualitative and quantitative profile. Statistical analysis will be made applying Chi-squared and Fisher's Tests for quantitative sample and Bardin's content analysis for qualitative data. Were part of this study, health professionals from the public service in two cities in the State of São Paulo. It was used a semi-structured instrument composed by open and closed questions. According to the response, we verified the professional unpreparedness of most health professionals in the diagnosis of violence, as well as existing shelter for victims means. Ignorance of the notification form and the professional duty to notify such cases, as well as the fears and fears intevir in cases violence, suggests the need for professional training on the subject, and the development of strategies to facilitate the process of notification by health professionals.

Keywords: Violence; Public Health; Epidemiology; Policies of public;

Lista de Tabelas

Tabela 1 Distribuição da percepção dos entrevistados sobre as principais causas de violência intrafamiliar. São Jose do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 21

Tabela 2 Conhecimento sobre suspeita e atendimento de casos de violência intrafamiliar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 22

Tabela 3 Principais vítimas de violência atendidas pelos profissionais da saúde das UBS de São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 22

Tabela 4 Percepção dos entrevistados quanto ao seu dever de intervir em situações de violência. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 23

Tabela 5 Medos e receios dos profissionais da saúde na intervenção em casos de violência intrafamiliar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 23

Tabela 6 Protocolos para registros em casos de suspeita e confirmação de violencia intrafamiliar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014. 25

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao conhecimento da ficha de notificação. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.	26
Gráfico 2	Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao dever profissional em notificar casos de violência . São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.	26

Lista de Abreviaturas

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

UBS: Unidades Básicas de Saúde

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

FAPESP: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

Sumário

1 Introdução 13

2 Objetivo 17

2.1 Objetivos específicos 17

3 Materiais e métodos 18

3.1 Aspectos gerais 18

3.2 Universo amostral 18

3.3 Instrumento de análise 18

3.4 Coleta dos dados 18

3.5 Processamento dos dados 19

3.6 Aspectos éticos 20

4 Resultados e discussão 21

5 Conclusão 27

6 Referências 28

1.INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar mesmo no contexto da modernização apresenta-se de forma ativa e constante na realidade brasileira caracterizada como uma agressão física, psicológica, econômica, sexual ou omissão e negligência que é acometido por um dos membros de uma família, dentro ou fora do seu espaço físico de vivencia[1].

As questões culturais são grandes contribuidores para a formação do caráter e personalidade de um indivíduo, no qual em muitos casos os hábitos de violência são retratados como forma de imposição de respeito, superioridade e de suposta educação, no qual há o comprometimento da vitima dentro seu próprio lar [2]. Neste contexto de hierarquia patriarcal no qual vícios culturais já estão difundidas há gerações, dificilmente serão desvinculada por intermédio de leis e normas[3].

As vitimas mais comuns são aquelas que apresentam os perfis vulneráveis tanto pelo aparato físico como mental[4,5,6]. Dessa forma se enquadra nesse grupo, a criança e o adolescente, a mulher e o idoso, que são coagidas ao voto de silencio e exposta ao abuso e a violência. O convívio com o agressor dentro do mesmo lar e a mercê da violência gratuita colabora para o comprometimento da formação da personalidade dos mesmos na fase adulta, formando um ciclo para pratica de comportamentos violentos[7]. Essas sequelas deixadas pelas marcas da agressão podem gerar problemas sociais, emocionais, dificuldade na aprendizagem, alcoolismo, uso de drogas e condutas criminosas[8,9,10].

Perante aos explícitos casos de violência e no ato de proteger essas vitimas, foi criado em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em vigência pela Lei 8.069 [11], conquista essa que garante não só o assistencialismo, mas também o direito de proteção da sua integridade, comovendo assim qualquer cidadão a denuncia de maus tratos. Em decorrência disso, fica sob o encargo do profissional da saúde, como previsto pelo artigo 345 do ECA, a obrigatoriedade da notificação de suspeita ou confirmação de atos de violência, no qual sua omissão é penalizada por intermédio de multas[12]. Contudo essa notificação por parte desses profissionais

é uma alerta ao conselho tutelar sobre as necessidades de proteção dessa população assistida bem como a sua família[13].

Essa conquista social de amparo ao menor deve ser aplicada de forma ativa nas diversas situações, sendo de grau leve ou grave ou se há a suspeita ou a confirmação da agressão. Com a finalidade de subsidiar essas questões sociais que afligem grande parte da população, são as instituições tais como: o Conselho Tutelar, Ministério Público, Judiciário e a Delegacia de Policia.

Não obstante, um grande fator que compõe em esse empecilho, como observado em um estudo de Gonçalves, 2002[14]; compreende-se pela sobrecarga dos conselheiros tutelares e a falta de infra-estrutura dos mesmos para o cumprimento de suas obrigações, no qual muitas vezes deixam a desejar na averiguação e atenção aos casos menores de notificados de violência. Portanto, foi necessário criar medidas da própria instituição para contornar essa situação, através de ações assistencialistas para amparar as vitimas.

A violência contra a mulher é e sempre foi considerada como inevitável aos olhos machistas da sociedade, contudo, diante da luta incansável pelos direitos da mulher, esta cada vez mais notória e forte a corrente de proteção as causas da mulher[15].

Segundo o estudo realizado por Schraiber LB, 2002[16], em Unidades Básicas de Saúde de São Paulo apontou que 40% das mulheres já sofreram violência física, no qual o principal agressor apontado é o parceiro e ou familiar. O mesmo se equivale no cenário mundial no qual 10% a 69% das mulheres de 48 países confirmaram episódios de violência física por seus parceiros. De acordo com esses dados é notória a necessidade ainda do engajamento pela causa da mulher e registrar a ocorrência de violência para que o voto de silencio seja quebrado, imposição e garantia dos seus direitos e contribuição pra diminuir as estatísticas da violência.

Embora as principais fontes de relato sobre violência contra a mulher estejam presentes em campos jurídicos e delegacias de defesa da mulher, o cenário da saúde tem grande contribuição na atenção a essas vitimas, prevenção da ocorrência bem como notificar[15]. Em 2003 foi promulgada a Lei 10.778 que consiste na notificação de casos de violência contra mulher no âmbito da saúde publica ou privada[17]. Essa notificação é

irrestrita para qualquer profissional da saúde e de obrigação ao mesmo notificar perante o diagnóstico de violência contra a mulher. Em 2006 a fim de reprimir os casos de violência domestica e familiar relacionada a mulher foi promulgada a Lei n. 11.340/2006 – Lei Maria da Penha[18, 19] .

De acordo com o estatuto do idoso [20, 21] aprovada em 2003, essa população tem direito a condições básicas de cidadania bem como a assistência e discriminação positiva para o preferencialismo. É de responsabilidade do profissional da saúde, pelos artigos 19 e 57 desse estatuto, a notificação em casos de violência e maus tratos ao Conselho do idoso no qual sua omissão prevê aplicação de multas.

No entanto qualquer cidadão pode denunciar casos de mau tratos e violência ao idoso, as formas mais comuns de evidenciar perfis de vitimas são aquelas com comportamento agressivo ou submisso, desnutrição, solidão, tristeza, aparência física desapropriada [22].

O ato de notificar esses casos de violência ainda são muito frágeis e tênues visto que a maioria dos idosos que vivem com os familiares são vitimas de violência dos mesmos, dessa forma o receio de denunciar o cuidador/agressor/familiar, compromete a atuação dos meios competentes [23].

O receio dos profissionais da saúde em agir perante a um caso de violência implica-se na confusão dos termos “notificar” e “denunciar”, no qual não são sinônimos. A notificação garante a vitima da agressão apoio de instituições e de profissionais competentes ao assunto [24]. A denúncia é feita em delegacias, sem o amparo garantido na notificação [25]. Contudo a ação de notificar não garante o fim do problema em questão mas interfere nas relações de violência, dessa forma espera-se do profissional da saúde sua atuação ativa em cooperar na interrupção dessa agressão[26].

O profissional da saúde deve interpretar a notificação como um artifício da saúde publica de dimensionar a real amplitude dos casos de violência e perante a isso investir em medidas que favoreçam a proteção dessa população vulnerável, bem como criar bases epidemiológicas para promoverem estudos científicos do tema a fim de disseminar a importância da notificação [27, 28]. Não obstante é constatado no código de ética profissional que é dever dos profissionais guardar a integridade física e da saúde do paciente [29,30]. Contudo

as grandes partes das notificações são feitas por civis próximos às vitimas e não pelos profissionais da saúde, ao que era esperado.

Herrera & Agoff[31] através de seu estudo concluiu que a maioria dos profissionais da saúde não indaga os pacientes que sofreram algum tipo de violência, pois consideram um assunto fora da sua área de atuação. É digno de nota a insegurança desses profissionais em notificar os casos encontrados, visto que muitos cursos de graduação não abordam claramente o assunto bem como fazer o diagnostico correto[32]. O receio diante das questões legais decorrente da notificação, pela falta de proteção legal sobre os profissionais da saúde[33]. Muitos consideram intrusão nas questões familiares por influencia de questões culturais e ignorância por parte dos membros da família. Dessa forma muitas vezes não se envolvem em casos de violência por comodidade estando sujeito a penalidade pela omissão da notificação [30].

Essa não notificação por parte desses profissionais se compõe por diversos argumentos que retrata a realidade sobre o tema na saúde pública.

2. OBJETIVO

Este estudo visou analisar a percepção dos profissionais da saúde sobre violência intrafamiliar e o processo de notificação de tais casos.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aspectos relacionados ao tema violência na percepção dos profissionais da saúde.

- Diagnostico e detecção da violência.
- As causas de ocorrência e agravo à saúde.
- As dificuldades e receios no processo de notificação.

.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 ASPECTOS GERAIS

A presente pesquisa tratou-se de um estudo exploratório transversal, quanti-qualitativo, que será realizado por meio inquérito .

. 3.2 UNIVERSO AMOSTRAL

Fizeram parte do estudo profissional da saúde, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios do estado de São Paulo.

3.3 INSTRUMENTO DE ANÁLISE.

Foi realizado um estudo piloto com profissionais da saúde, que não fizeram parte do universo amostral, para adequar o instrumento de estudo da coleta.
Foi utilizado um inquérito semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, a fim de avaliar a percepção dos profissionais da saúde das Unidades Básicas de Saúde selecionadas sobre as seguintes variáveis de estudo:

- ✓ Conhecimento sobre o tema violência intrafamiliar.
- ✓ Dificuldade de reconhecimento e abordagem da violência.
- ✓ Obrigação ética e legal para notificação e condutas tomadas.

3.4 COLETA DE DADOS

Foram solicitados a todos os profissionais da saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José do Rio Preto - SP e Mirassol - SP a participarem do estudo. Foram obedecidos os preceitos éticos, e as entrevistas realizadas no seu local de trabalho, sem interferir em sua rotina e alterar no fluxo de atendimento dos pacientes. As coletas foram realizadas por apenas um pesquisador, previamente calibrado na temática do estudo. Utilizou-se apenas o questionário, lápis, borracha e caneta esferográfica como material para entrevista.

3.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Todas as fichas foram conferidas uma a uma, para averiguar se todos os campos foram preenchidos adequadamente e aquelas que apresentaram alguma incorreção foram excluídas. Os dados foram transcritos em planilhas eletrônicas e submetidos à análise quanti-qualitativo.

A Análise quantitativa foi realizada com o auxílio do software Epi Info *software* Epi Info versão 3.5.4 *for Windows*, por meio da distribuição das freqüências.

Quanto à análise qualitativa dos dados, utilizou-se o método de categorização, segundo a Análise de Conteúdo utilizada por BARDIN (2004). As respostas foram transcritas na íntegra, analisadas profundamente e captadas as ideias centrais, a partir disso, foram identificadas as categorias e realizadas as análises. A categorização pode ser definida como uma operação de classificação de elementos constitutivos de conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento.

A *Análise de Conteúdo*, como técnica de tratamento de dados, possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Historicamente a *Análise de Conteúdo* clássica tem oscilado entre o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade, dessa forma, em sua origem é vítima da pretensa objetividade que os números e as medidas oferecem. [35]

“É uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações”. Ela é objetiva, pois trabalha com regras preestabelecidas e obedece diretrizes suficientemente claras para que qualquer investigador possa replicar os procedimentos e obter os mesmos resultados; sistemática, de tal forma que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas, em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos, e, quantitativa, dada a necessidade de se estudar a freqüência para que os temas tenham a medida exata de sua importância. Esse é último requisito, no entanto, não é exigido por todos os estudiosos que questionam a quantificação dos significados.[34]

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA Unesp (processo FOA 00645/2010). Foi obedecido aos preceitos éticos estabelecido pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo enquadrada na modalidade de risco mínimo.

Foi feito a solicitação de participação do estudo aos profissionais da saúde e nesta ocasião, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido de modo a transmitir informações importantes sobre os objetivos da pesquisa, o tipo de participação desejada, a livre opção em participar do estudo e o direito em desistir do mesmo a qualquer momento, além de garantia do anonimato. Todos os profissionais da saúde que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 84 profissionais da saúde de Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de São José do Rio Preto – SP e Mirassol - SP, sendo (74%) do gênero feminino e (26%) do gênero masculino. A idade dos mesmos variou entre 23 e 62 anos (Média= 37,7). Quanto a formação superior, as maiores frequências foram de Cirurgiões Dentistas (31) e Enfermeiros (27).

Em relação ao tempo de formação dos profissionais, a variação foi entre 1 ano e meio a 35 anos de formados (média= 14,23). Quanto ao tempo de trabalho no Serviço Público, a média foi de 6,2 anos.

Tabela 1 . Distribuição da percepção dos entrevistados sobre as principais causas de violência intrafamiliar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

PRINCIPAIS CAUSAS	*f*	%
Drogas	54	63
Questões familiares	42	49
Alcoolismo	31	36
Educação	19	22
Dinheiro	18	21
Cultura	5	6
Sexo/promiscuidade	4	5
Não informou	4	5
Ciúmes	3	3
Religião	3	3
Falta de atividades para jovens	1	1
Mídia	1	1
Descaso do poder público	1	1

* Questão envolvendo mais uma resposta.

Na análise da tabela 1, observa-se que as Drogas (63%), Questões familiares (49 %) e o Alcoolismo (36%), lideram como as principais causas na percepção dos entrevistados, para a ocorrência da violência intrafamiliar. As drogas e o alcoolismo são considerados os principais potencializadores de agressões físicas e psicológicas de grupos vulneráveis, principalmente de mulheres. Isso ocorre devido o alto consumo de álcool ser um hábito comum

no Brasil, sendo o publico alvo formado principalmente pelo gênero masculino[36]. Em vista disto, dado as consequências fisiológicas ocasionadas pelas drogas e o álcool, a repercussão torna-se negativa na situação conjugal ocasionando a margens para o ato de violência[37, 38].

As questões familiares referem-se ao ambiente do lar marcado por situações violentas, o que favorece à formação de um ciclo vicioso de vitimas e agressores[39]. Essa repercussão torna-se negativa, porque a infância é um período de modelação psicológica, social e emocional, no qual, uma criança em convívio em um ambiente hostil e agressivo, provocará sequelas irreparáveis, devido a incorporação desses atos como naturais e triviais em seu cotidiano[40, 41].

Tabela 2. Conhecimento sobre suspeita e atendimento de casos de violência intrafamililar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

	Encontrou ou suspeitou algum casos de violência?		Já atendeu algum caso de violência?	
	F	%	*F*	%
Sim	61	72,62	45	53,57
Não	22	26,19	38	45,24
Não informou	1	1,19	1	1,19
Total	84	100	84	100

Tabela 3. Principais vítimas de violência atendidas pelos profissionais da saúde das UBS de São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

Vítimas	*f*	%
Idoso	26	28
Mulher	26	28
Criança	22	21
Não Informou	1	2
Total	53	100

* Questão envolvendo mais uma resposta.

Em analise da tabela 2, observa-se que 72,62% dos profissionais entrevistados já suspeitaram ou confirmaram algum tipo de violência no local trabalho, no qual 53,57% dos mesmos já prestaram algum tipo de atendimento a esses pacientes agredidos. Em relação ao atendimento de casos de violência (Tabela 3), os Idosos (28%) , as Mulheres (28%), e as Crianças (21%) são os mais prevalentes na percepção dos entrevistados.

Estudos epidemiológicos apontam que, a cada ano 1,6 milhões de pessoas perdem a vida por ano em detrimento da violência, na qual ocupa o 4° lugar das causas de morte no mundo[42]. Dentre essa elevada estatística, as vitimas são principalmente os grupos vulneráveis, que pela fragilidade, dependência e subserviência, ficam a mercê da afronta dos agressores . Em vista disto, em 2011 o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), registrou 73.633 atendimentos, sendo, 65,4% destes relacionado às mulheres, fora os casos subnotificado[43, 44]. Dados como este, demonstram que é necessário a realização de campanhas e orientações de combate à violência, pois, essa elevada prevalência envolvendo principalmente os vulneráveis, é considerado problema de saúde publica[45].

Dessa forma é essencial o preparo e a capacitação profissional para a realização do correto diagnóstico e para a execução das atribuições necessárias a estes casos, visto que na maioria das vezes, quem os atendem somente analisam oque é explicito, deixando de inquirir as formas subjetivas das agressões sofridas [46, 47, 48].

Tabela 4. Percepção dos entrevistados quanto ao seu dever de intervir nas situações de violência . São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

	F	*%*
Sim	65	78,31
Não	12	14,33
Não informou	7	7,36
Total	84	100

Tabela 5. Medos e receios na intervenção em casos de violência intrafamilar . São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

Medos e Receios	*f*	*%*
Não informou	23	27%
Medo de represália	23	27%
Como realmente ajudar a vítima	17	20%
Nunca houve casos	8	9%
Descredito do poder publico	8	9%
Piorar a situação para a vítima	5	6%
Omissão dos familiares	5	9%

* Questão envolvendo mais uma resposta.

Quando indagado aos participantes do estudo, se eles deveriam fazer algo a respeito da violência intrafamiliar, 78,31% afirmaram a sentença (tabela 4). Contudo quando questionado, o que poderia ser feito, 31% não souberam responder, 28% citaram a orientação às vitimas, 13% denunciar, 7% notificação como dever profissional e 6% passar o caso ao superior. Em analise a estes resultados, é fundamental a qualificação e treinamento dos profissionais da saúde, frente ao tema da violência, bem como, ter conhecimento e utilizar do seu dever profissional para notificar os casos diagnosticados[49].

Em relação aos sentimentos dos profissionais em intervir nas situações de violência (Tabela 5), 27% dos entrevistados não informaram, 27% mencionaram o medo ou receio da represália e 20% de não saber como ajudar a vítima. O medo dos profissionais de se exporem frente aos casos de violência, refere-se a insegurança emocional dos mesmos por receio de perseguição e represália por parte dos agressores. Entretanto, essa hesitação também ocorre pelas vitimas, que por tantas vezes, omitem as agressões caracterizando-os como um problema familiar, impossibilitando a abordagem e o amparo a estes casos[44, 50]. Portanto, na maioria das vezes a posição dos profissionais da saúde é de indiferença, distanciamento e receio na atuação dessas ocorrências, culminando na subnotificação[51, 52, 53, 30] .

Tabela 6. Protocolos para registro em casos de suspeita e confirmação de violência intrafamiliar. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

Protocolo	*f*	%
Formulário de notificação	39	46%
Não informou	30	36%
Encaminha a vítima a outros profissionais	11	13%
Prontuário, somente diagnostica.	2	2%
Nunca houve casos	2	2%
Falar com a família	1	1%

* Questão envolvendo mais uma resposta.

De acordo com a tabela 6, ao questionar sobre os protocolos existentes para o registro em casos de suspeita e confirmação de violência intrafamiliar, 46% citaram o formulário de notificação, enquanto, 36% não souberam informar. Nesta dissertativa os entrevistados apresentaram tais respostas:

"Não conheço"
"Existe a ficha de notificação, a qual é obrigatória o preenchimento pelo profissional de saúde caso exista suspeita."
"Normalmente não registra os casos, mas ocasionalmente reconhece os indícios de agressão"
"*Nos termos odontológicos, não existe nenhum formulário"*
"Não existe nenhum formulário, apenas conversamos com a assistente social e ela toma as providencias cabíveis.

Essa disparidade de conhecimento sobre as condutas a serem seguidas, corrobora a premissa do despreparo profissional para atuação frente a esses casos. Esse fato atribui a formação superior defasada, pois, o tema não é enfoque de interesse da área e foge do típico modelo biomédico abordado nos cursos de graduação e pós-graduação[54, 55, 56] . Em virtude disto, é observado em estudos uma associação positiva entre a capacitação profissional e o ato de notificar, no qual, também cita que esse tema não é alvo do preparo profissional continuado pelas equipes do ESF, o que demostra a falta de conhecimento e medidas perante a casos de violência e no ato notificatório[57,58].

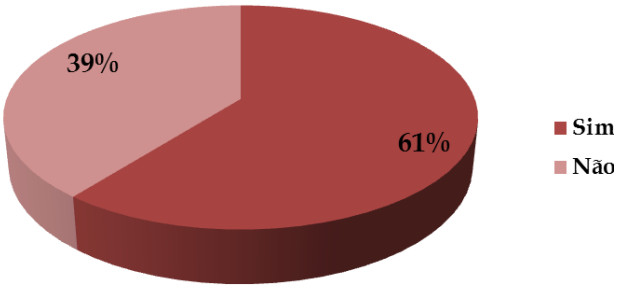

Gráfico 1. Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao conhecimento da ficha de notificação . São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

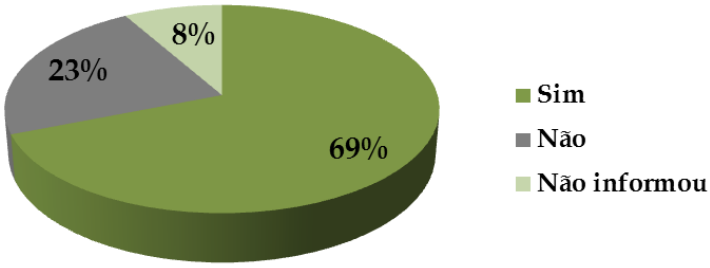

Gráfico 2. Distribuição percentual quanto ao dever profissional em notificar casos de violência. São José do Rio Preto – SP e Mirassol – SP, 2014.

Quando indagado sobre o conhecimento da ficha de notificação (Gráfico 1) , 39% dos entrevistados negaram tal questionamento, em quanto, 61 % afirmaram conhecer o formulário, deste percentual, a maior fonte de informação sobre o assunto, foi o local de trabalho (Gráfico 2). No que se refere, ao dever profissional no ato de notificar, 23% não assumiram a responsabilidade e 8% não souberam informar.

A subnotificação dos casos de violência fere a responsabilidade e o dever do profissional da saúde, pois, os mesmos tem a obrigação de zelar pela saúde e dignidade do paciente. Essa violação, refere-se também a infração legal, diante da obrigatoriedade dos profissionais em notificar os casos de violência, devido ao exposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n. 8.069/90)[11], Estatuto do idoso (Lei Federal n. 10. 741/03)[20] e a lei de notificação compulsória de violência contra a mulher (Lei Federal n. 10.778/03)[17]. Dessa forma, dado o descumprimento dessa obrigatoriedade, poderá acarretar em sansões penais e multas.

Outro fator associado, do dever do profissional em notificar casos de violência, refere-se ao dimensionamento e criação de subsídios epidemiológicos envolvendo tais casos, a fim de promover a visibilidade necessária para a elaboração de politicas publicas de combate e prevenção da violência intrafamiliar[30,44,58].

5. CONCLUSÃO

Observou-se no estudo a dificuldade dos profissionais da saúde em diagnosticar os casos de violência, bem como, na execução das atribuições necessárias como a notificação. Dentre as principais causas e ocorrências de agravo da violência, as drogas, o alcoolismo e as questões familiares foram as mais frequentes na percepção dos entrevistados.

Outros resultados como, o medo e o receio de represália em intervir nos casos de violência e o desconhecimento do dever profissional em notificar tais situações, corrobora a necessidade de elaboração de estratégias a fim de sanar as questões que envolvam o tema da violência, bem como, esclarecer as condutas e protocolos existentes para notificar tais casos.

Assim sendo, normativas curriculares devem ser incluídas nos cursos superiores e técnicos de saúde, enfatizando a real necessidade para esse problema de saúde publica.

6. REFERÊNCIAS.

1- MINISTERIO DA SAUDE (BR). Secretaria de Politicas de Saude.Violencia intrafamiliar: orientacoes para a pratica emServico. Brasilia: Ministerio da Saude; 2001.

2-ROQUE EMST, FERRIANI MGC, SILVA MAI. A violência intrafamiliar. Rev Latino-am Enfermagem. v. 16, n. 5, 2008.

3-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: Cidadania Estudo Pesquisa Informação e Ação; 2002.

4-SMS. Secretaria Municipal de Saúde (Curitiba). Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de risco para a violência. 3ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba; 2008.

5- FRANZIN, LCS, FRANZIN, FM, MOYSÉS ST. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do brasil. Colloquium Vitae, v. 4, n. 2, jul/dez 2012.

6- ARAGÃO AS, FERRIANI MGC, VENDRUSCOLLO TS, SOUZA SL, GOMES R. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. V. 21, jan.-fev. 2013.

7- SCODELARIO, A.S. et al. O fim da omissão: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientia; 2004.

8- Valença, AM; Moraes TM Relação entre homicídio e transtornos mentais.

Rev Bras Psiquiatr. V. 28, p. 62-8, 2006.

9-DAY VP, TELLES LEB, ZORATTO PH, AZAMBUJA MRF, MACHADO DA, SILVEIRA MB et al. Violência doméstica e suas diferentes manifesta-ações. R Psquiatr RS. v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003.

10-BES TM, LOPES FAR, MORGAN GJ, RIBEIRO MS, DUARTE WR. Relação da violência intrafamiliar e o uso abusivo de álcool ou entorpecentes na cidade de Pelotas, RS. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v. 57, n. 1, p. 9-13, jan-mar 2013.

11- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). [Acesso em 17 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

12-LUNA GLM, FERREIRA RC, VIEIRA LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentespor profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, p. 481-491, 2010.

13-NOGUCHI MS, ASSIS SG, SANTOS NC. Entre quatro paredes: Atendimento fonoaudiólogo a crianças e adolescentes vítimas de violência. Ciênc Saúde Colet. v. 9, n. 4, p. 963-73, 2004 .

14- GONÇALVES HS, FERREIRA AL. Health professionals' reporting of family violence Against children and adolescents. Cad Saude Publica, v. 18, p. 315-9, 2002.

15- LIMA DC, BÜCHELE F, CLÍMACO DA, Homens, Gênero e Violência Contra a Mulher, Saúde Soc. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

16- SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, FRANÇA-JUNIOR I, PINHO AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. V. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.

17-SOUTO QR, LEITE CCS, FRANÇA ISX, CAVALCANTI AL. Violência sexual contra mulheres portadoras de necessidades especiais: perfil da vítima e do agressor. Cogitare Enferm. V. 17, n. 1, p. 72-7, jan-mar 2012.

18- LEI MARIA DA PENHA-[acesso em 16 de jun 2013.]
Disponivel em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

19- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Especial de Políticas Para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília. 2003.

20-ESTATUTO DO IDOSO [acesso em 16 de jun 2013]
Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

21- Brasil. Lei n°10.741, de 1° de outubro de 2003: estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde publica ou privados. Diário Oficial da união 2003 nov25

22- FERNANDES, M. G. M. & ASSIS, J. F. Maus-tratos contra o Idoso: Definições e estratégias para identificar e cuidar. *Gerontologia. V. 7, n. 3, p. 144-9, 1999*.

23- FONSECA MM, GONÇAVES HS.Violência contra o idoso: Suportes legais para a intervenção. *Interação em Psicologia, v. 7, n. 2, p. 121-128, 2003.*

24- DESLANDES, SF. O Atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". Ciênc Saúde Coletiva. V. 4, p. 81-94,1999.

25- BANNWART TH, BRINO RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras.. Rev Paul Pediatr, v. 29, n. 2, p. 138-45, 2011.

26- QUEIROZ, APDQ, GARBIN CAS. A violência contra criança e a notificação pelos profissionais de saúde. Polêm!Ca, v. 10, n. 2, p. 271-77, abr-jun 2011.

27-MARTINS CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. Rev Bras Enferm, v. 63, n. 4, p.660-65, 2010.

28-ZANOTI-JERONYMO DV, ZALESKI M, PINSKI I, CAETANO R, FIGLIE NB, Laranjeira R. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. Caderno de Saúde Pública. V. 25, n. 11, p. 1452-61, 2009.

29- MARTINS CBG, JORGE MHPM. Maus-tratos contra criancas e adolescentes: perfil das vitimas e suas familias em município do sul do Brasil. Pediatria. V. 31, n. 1, p. 9-19, 2009.

30-SALIBA, O. ; GARBIN, C. A. S. ; GARBIN, A. J. I. ; Guimarães e Queiroz, A.P.D. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health.v. 41, p. 472-77, 2007.

31- HERRERA C, AGOFf C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. Cad Saude Publica. V. 22, n. 11, p. 2349-57, 2006.

32- ACIOLI RML, LIMA MLC, BRAGA MC, PIMENTEL FC, CASTRO AG. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife.v. 11, n. 1, p 21-28. jan./mar, 2011.

33- SILVA LMP NASCIMENTO CAD, SILVA IR, GUIMARÃES KN, et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes.Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

34- MINAYO MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

35- BARDIN L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. São Paulo (SP): Ed. 70, 2004.

36- VIEIRA LB, CORTES LF, PADOIN SMM, SOUZA EO, PAULA CC,TERRA MG. Abuso de alcool e drogas e violencia contra as mulheres:denuncias de vividos. Rev Bras Enferm. V. 67, n. 3, p. 366-72, mai-jun .

37- REICHENHEIM ME, DIAS AS, MORAES CL. Co-ocorrencia de violencia fisica conjugal e contra filhos em servicos de saude. Rev Saude Publica. V. 40, n. 4, p. 595-603, ago 2006.

38- CAVALCANTE AC, SILVA RM. Experiencias psiquicas de mulheres frequentadoras da rede publica de saude em Teresina (PI, Brasil). Cienc Saude Coletiva. V. 16, n. 4, p. 2211-20, 2011.

39- World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence.* Geneva

40- ROMARO, R. A., & CAPITÃO, C. G. (2007). A violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Psicologia para América Latina,* 9. Retrieved July 3, 2011, from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000100002&lng=pt&nrm=iso

41- Martins AF, Bezerra Filho JG, Silva KA, Ribeiro MA, Queiroz ACM. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. Rev Enferm UFPI. V. 2, n. 4, p. 50-7, oct-dec 2013.

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

43- SOUZA ML, SILVA JP, BARROS LA, FRANÇA AMB, LIMA KBM. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER EM UMA UNIDADEDE REFERÊNCIA. Ciências Biológicas e da Saúde | Maceió , v. 2 , n.1 , p. 177-192 , maio 2014.

44- CONCEIÇÃO JC, GUSMÃOMEN, SOUZA SS, GOMES NP. ELEMENTOS QUE DIFICULTAM A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 26, n. 2, p. 468-477, maio/ago. 2012

45- OLIVEIRA SM, FATHA CLP, ROSA VL, FERREIRA CD, GOMES GC, XAVIER DM. NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 594-9, dez 2013.

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

47- LIMA MC, COSTA CO, BIGRAS M, SANTANA MA, ALVES TD, NASCIMENTO OC et al. Professional performance's of primary care health in the face of identification and notification of children and adolescents violence. Rev Baiana Saude Publica, v. 35, n. 1, p. 118-37, 2011.

48- ALMEIDA AA, MIRANDA OB, LOURENÇO LM. Violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliométrica. Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 298-311, jul - dez, 2013.

49- SILVA, P. A. et al. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. Ciências Cuidado e Saúde. v. 8, n. 1, p. 56-62, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cie

ncCuidSaude/article/viewFile/7774/4409 >. Acesso em: 19 out. 20124

50- COCCO M, SILVA EB, JAHN AC. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. V. 12, n. 3, p. 491-7, 2010.

51- THOMAZINE AT, OLIVEIRA, BRG, VIEIRA, CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviço de pronto- atendimento. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2009 [cited 2010 sep 29];, v.11, n. 4, p. 830-40. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf.

52- Nunes CB, Sarti CA, Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. Acta paul. enferm. V. 22, p. 903-8, 2009.

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

54- Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. Invest Educ Enferm. v. 19, p.38-45, 2001.

55- Johnson CF. Chid maltreatment 2002: recognition, reporting and risk. Pediatr Int , v. 44, p. 554-60, 2002.

56- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo & Fundação Ford. (2003). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Autor

57- MOREIRA GAR, VASCONCELOS AA, MARQUES LA, VIEIRA LJSE. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. Rev Paul Pediatr, v. 31, n. 2, p. 223-30, 2013.

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