

Análise do conhecimento dos profissionais de saúde sobre os tipos de violência e das notificações feitas pelo PAV da Regional de Saúde do Gama – DF. ¹

68f. Monografia (graduação em enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2012.

Waléria Maria Rolim Moril²

Resumo

É importante que o profissional de saúde saiba como identificar os possíveis casos de violência e notificá-los. O objetivo geral proposto é Analisar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os diferentes tipos de violência, como lidar com as mesmas e verificar as notificações feitas, no ano de 2012, pelo PAV da Regional de Saúde do Gama do Distrito Federal, oferecendo uma proposta de sensibilização e divulgação. A metodologia utilizada na pesquisa foi quantiquantitativa exploratória de caráter descritivo. A coleta de dados foi realizada através de um questionário e de dados fornecidos pelo Programa de Assistência a Violência da Regional de Saúde do Gama Distrito Federal. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo e do Excel 21007. Discussão: A maioria dos entrevistados são do sexo feminino, da faixa etária de 26 a 45 anos de idade, atuam como técnico de enfermagem no pronto socorro clínico. Para os entrevistados violência é a prática de ações físicas, psicológicas e verbal contra qualquer indivíduo. O tipo de violência mais notificado foi a agressão física. Disseram que possuem conhecimento para identificar os casos suspeitos, porém poucos disseram já haver realizado alguma notificação. Praticamente todos os pesquisados sugeriram cursos de capacitação e aperfeiçoamento para os profissionais de saúde adquirirem mais conhecimento sobre o tema. Conclusão: Os profissionais de saúde são agentes fundamentais na quebra do ciclo da violência, por isso, é importante estarem sensibilizados, treinados e preparados para atender aos clientes, respeitando-os e deixando-os cientes de seus direitos.

Palavras-chaves: Violência. Enfermagem. Notificação.

¹Artigo apresentado ao Curso de Saúde, da Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (FACIBRA), como requisito final para a obtenção do título de pós graduação. Data de submissão à Faculdade: 18/07/2013.

²Aluna do Curso de pós graduação em Saúde Pública e saúde da família, da Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (FACIBRA). Graduada em Enfermagem pela Universidade Católica de Brasília – UCB. E-mail: waleria.moril@gmail.com

Introdução

A violência é uma questão social e, portanto, não é objeto próprio de nenhum setor específico. Segundo MINAYO (2004), ela se torna um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e também, pela concepção ampliada do conceito de saúde.

Entende-se por violência toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de qualquer ser humano. A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. Conclui-se que o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo inclusive responder pela omissão. (SALIBA, 2007)

A grandeza dos eventos violentos é ilimitada, tendo em vista as diversas formas de sua manifestação, e a morte é a sua forma mais visível, pois o resultado corresponde à perda de uma vida, e o óbito por causas externas é mais facilmente detectado pelo serviço de saúde do que as agressões domésticas, ou violências verbais. As violências causam danos e requerem um atendimento emergencial ou ambulatorial, e muitas vezes não são notificadas, seja pelos profissionais de saúde, bem como os casos em que as vítimas não procuram os serviços de saúde como ocorre na maioria das violências intradomiciliares, e esses casos não notificados, correspondem à parcela indeterminada dessa grandeza, reconhecendo assim que uma parte considerável da violência permanece também silenciada no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e Hospitais de grande porte. (SALIBA, 2007)

O enfermeiro precisa estar preparado para diagnosticar o abuso, devendo utilizar o conhecimento científico para enfrentar com urgência o desafio de detectar, notificar, cuidar, minimizar e prevenir as situações de violência. Pois é de suma importância a ação dos enfermeiros nos serviços de saúde, competindo à equipe de enfermagem ter presente em sua

atividade assistencial, além do papel de cuidar, o de educador, mostrando para a família, a ideologia de proteção dos direitos das pessoas vitimizadas pela violência.

O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder à frente desses casos. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde, a quebra do sigilo profissional, além de muitos profissionais simplesmente não notificarem porque não tem nada a ver com a vida de seu paciente, não querendo se intrometer sobre o que ocorreu e ficam em posição imparcial. (SALIBA, 2007).

Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção, faz com que a justiça seja feita para os casos que são levados a julgamento, e fornece o retorno à população de que a lei está sendo cumprida e os profissionais estão fazendo sua parte melhorando o atendimento.

Embora a responsabilidade do profissional de saúde frente à violência possa ser discutida sob dois aspectos principais, o jurídico e o da consciência moral, optou-se por analisá-las separadamente, sem a intenção de confrontá-las. Foi destacada a obrigação legal e ética a que estão expostos os profissionais de saúde, de acordo com o que fala a Portaria 104 do Ministério da Saúde quando obriga os profissionais de saúde e de estabelecimentos públicos de ensino a notificar às secretarias municipais ou estaduais de Saúde sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem. (Portaria 104 do Ministério da Saúde)

Segundo o Código de Ética da Enfermagem, é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos” (Art. 52), 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, apesar de não explicitar a expressão violência doméstica mencionou maus-tratos. Aqui, entende-se que essa expressão deve ser interpretada de maneira ampla referindo-se a todas as formas de abuso. A lei determina que caiba à vítima ou ao seu representante legal tomar a iniciativa de comunicar a polícia. No momento em que isso passa

a ser de notificação compulsória e a equipe de enfermagem tem que informar à autoridade de Saúde, fica mais fácil termos um número mais próximo da realidade. (SCHUSTER, 2011)

A violência é um problema social presente em todas as sociedades e que afeta grupos sociais, famílias, e o indivíduo de forma isolada. É um problema que fez aflorar meu interesse em conhecer a violência que se forma de maneira silenciosa, no dia-a-dia da população e em vários espaços sociais: na família, no bairro e em outras instituições como dentro de um hospital. Interessava, igualmente, não apenas visualizar a vítima como sujeito da violência, mas também a sensibilidade dos profissionais quanto à notificação dos casos de violência, pois é um assunto importante para a enfermagem em todas as suas áreas, visto que a violência não se apresenta em um gênero e faixa etária específica, crianças, jovens, adultos e idosos são acometidos pela violência no dia a dia e como profissionais da saúde devemos estar preparados para a notificação. Interessou-me não somente identificar a frequência do atendimento às vítimas de violência, mas também seu impacto no âmbito da saúde pública.

A grandeza dos eventos violentos é ilimitada, tendo em vista as diversas formas de sua manifestação, e a morte é a sua forma mais visível, pois o resultado corresponde a perda de uma vida, e o óbito por causas externas é mais facilmente detectado pelo serviço de saúde do que as agressões domésticas, ou violências verbais. As violências causam danos e requerem um atendimento emergencial ou ambulatorial, e muitas vezes não são notificadas, seja pelos profissionais de saúde, bem como os casos em que as vítimas não procuram os serviços de saúde como ocorre na maioria das violências intradomiciliares, e esses casos não notificados, correspondem à parcela indeterminada dessa grandeza, reconhecendo assim que uma parte considerável da violência permanece também silenciada no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e Hospitais de grande porte.

Os serviços de saúde pública são uma das principais portas de entrada para o atendimento de situações de violência, em especial as ocorridas no âmbito doméstico. Essa violência envolve frequentemente lesões visíveis no corpo, das quais muitas não oferecem risco à vida, mas, necessitam de atendimento imediato, em geral, nos prontos-socorros dos hospitais. Nesse sentido, os Programas de Atenção à Violência (PAV) no Distrito Federal (DF) propõem-se à realizar um cuidado que vá além da atenção médica e dos demais procedimentos estritamente de saúde física, certamente importantes, mas que são, em si

mesmos, limitados, pois não abrangem a dimensão subjetiva, por exemplo, de mulheres que se encontram fragilizadas e ameaçadas frente à violência. (PENSO; ALMEIDA; BRASIL; BARROS; BRANDÃO, 2010).

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento, onde muitas vezes, é o próprio agressor. (PENSO; ALMEIDA; BRASIL; BARROS; BRANDÃO, 2010)

Observa-se que poucos são os trabalhos que tenham como objetivo falar do impacto da violência na saúde pública com o intuito de trazer uma solução para este problema. A escolha desse tema teve como propósito relacionar a importância de proporcionar saúde, não somente em âmbito hospitalar, mas também, fora dele: no ambiente domiciliar, focalizando a necessidade de prevenir doenças e promover saúde.

Esse estudo trará benefícios para as futuras pesquisas sobre o tema, para os profissionais de saúde, principalmente para a equipe de enfermagem, que se interessar em conhecer mais sobre o tema e para os cidadãos que em algum momento necessitarem de um embasamento teórico sobre os diferentes tipos de violência.

Fundamentos teóricos da violência no Distrito Federal

A violência é, antes de tudo, uma questão social e, portanto, em si, é objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema desse campo pelo impacto que provoca na qualidade de vida, pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares, bem como, pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra. (MINAYO, 2004).

Propor um conceito de violência está longe de ser algo fácil, visto que ela pode se apresentar de várias formas, se referindo às questões de constrangimento, e de uso da força física sobre o outro. A Organização Mundial da Saúde (2002) define a violência como: O uso intencional da força física ou poder, ameaçado ou real contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que ou resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

As formas que a violência assume estão presentes, em maior ou menor intensidade, em todas as regiões do país e nos diversos grupos sociais. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) aborda a violência como um problema de saúde pública no mundo, e hoje cada vez mais crescente o número de casos ao ano, esse documento ainda traz que muitos casos não são registrados oficialmente.

A grandeza dos eventos violentos é ilimitada, tendo em vista as diversas formas de sua manifestação, e a morte é a sua forma mais visível, pois o resultado corresponde a perda de uma vida, e o óbito por causas externas é mais facilmente detectado pelo serviço de saúde do que as agressões domésticas, ou violências verbais. As violências causam danos e requerem um atendimento emergencial ou ambulatorial, e muitas vezes não são notificadas, seja pelos profissionais de saúde, bem como os casos em que as vítimas não procuram os serviços de saúde como ocorre na maioria das violências intradomiciliares, e esses casos não notificados, correspondem à parcela indeterminada dessa grandeza, reconhecendo assim que uma parte considerável da violência permanece também silenciada no âmbito das Unidades Básicas de Saúde e Hospitais de grande porte. (BRASIL, 2002)

Ao se analisar o problema dos acidentes e da violência sob o prisma dos segmentos populacionais observa-se peculiaridades marcantes, tanto em relação às ocorrências quanto às suas características e circunstâncias.

Os estabelecimentos públicos de ensino estão obrigados a notificar às Secretarias Municipais ou Estaduais da Saúde sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem. A obrigatoriedade consta da Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União, texto com o qual o Ministério da Saúde amplia a relação de doenças e agravos de notificação obrigatória. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Atualizada pela última vez em setembro de 2010, a Lista de Notificação Compulsória (LNC) é composta por doenças, agravos e eventos selecionados de acordo com critérios de magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle e compromissos internacionais com programas de erradicação, dentre outros fatores. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Com a inclusão dos casos de violência doméstica, sexual e outras formas, a relação passa a contar com 45 itens. Embora não trate especificamente da violência contra as mulheres, o texto automaticamente remete a casos de estupro e agressão física, dos quais elas são as maiores vítimas. A Lei 10.778, de 2003, no entanto, já estabelecia a obrigatoriedade de notificação de casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde públicos ou privados.

A lei determina que caiba à vítima ou ao seu representante legal tomar a iniciativa de comunicar a polícia. No momento em que isso passa a ser de notificação compulsória e a equipe médica deve informar a autoridade de Saúde, fica mais fácil ter um número mais próximo da realidade, uma vez que os casos não notificados não compõem o mapa das estatísticas específicas de cada tipo de violência. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Na maioria das vezes e até hoje, os médicos e profissionais de saúde só denunciavam os casos de violência com a concordância dos pacientes, a não ser em casos envolvendo crianças e adolescentes, quando, na maioria das vezes, o Conselho Tutelar era acionado. Para a saúde, a inclusão da agressão à integridade física na lista de notificações obrigatórias é um avanço, mas o texto terá de ficar mais claro, já que o tema violência ainda suscita muita polêmica, e cada profissional deve usar o bom senso, analisando caso a caso, para não cometer injustiças e não se sujeitar a sofrer processos administrativo e disciplinar.

Segundo o Ministério da Saúde, a atualização da lista ocorre por causa de mudanças no perfil epidemiológico e do surgimento de novas doenças e também da descoberta de novas técnicas para monitoramento das já existentes, cujo registro adequado permite um melhor controle epidemiológico. Na última atualização, havia sido acrescentados à lista, acidentes com animais peçonhentos, atendimento antirrábico, intoxicações por substâncias químicas e síndrome do corrimento uretral masculino. (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, a sociedade brasileira vem se voltando para os direitos e a proteção dos grupos vulneráveis, como idosos, mulheres e crianças isso sem contar com o Estatuto da Criança e do Adolescente, que já completou duas décadas, como o Estatuto do Idoso e a Lei Maria da Penha, sobre a violência de gênero, que nasceram em meados dos anos 2000. (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Agora, em janeiro de 2011, ao reformular a lista de doenças de notificação compulsória, o Ministério da Saúde incluiu “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” entre os agravos a serem notificados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde, não sem antes definir agravo como “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde).

Diante dessas mudanças e do fato de que “a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino” (Artigo 7º), é importante que os psiquiatras estejam atentos, já que não é raro o psiquiatra se deparar com casos de agressividade interpessoal em sua prática diária, pois pacientes psiquiátricos têm grande risco de serem vítimas de violência (TEPLIN *et al.*, 2005) e, mais raramente, também podem ser agressivos (VAN DORN *et al.*, 2011).

De acordo com a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, elaborada pelo Ministério da Saúde, “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” (BRASIL, 2011).

Pode-se concluir, portanto, que atos agressivos cometidos por pacientes agitados ou em surto psicótico não precisam ser notificados, já que, *lato sensu*, não são considerados “intencionais”, como define a norma. No caso de crianças, a mera suspeita deve ser notificada – lembrando que notificação não é sinônimo de denúncia – não só à Vigilância Sanitária, como também ao Conselho Tutelar.

O mesmo vale para os idosos, nesse caso devendo ser notificados à autoridade policial, Ministério Público ou Conselho do Idoso. Para mulheres não se faz necessário notificar a suspeita, sendo compulsória apenas quando o fato for conhecido. Embora a lei não cite especificamente os casos de violência contra os homens, ficam implícitos que também devem ser notificados os casos envolvendo homens, uma vez que toda violência interpessoal é objeto da norma. (BRASIL, 2011)

O grupo de crianças, adolescentes e jovens (faixa etária de 0 a 24 anos de idade) tem sido vítima de diferentes tipos de acidentes e violência. Enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência o espaço extradomiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico.

Por essa razão, estabelece-se a seguinte classificação estratégica: acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões) e acidentes extradomiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões); violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extradomiciliar (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios, bem como a violência auto-infligida, como a tentativa de suicídio). (BRASIL, 2011)

No segmento populacional representado pelas mulheres, a violência física e a sexual são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam a elas um lugar de submissão e de valor na sociedade. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados, com maior frequência, maridos, companheiros e parentes próximos dados de 1998 indicam que 63% dos casos de agressão física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima a mulher.

Os maus-tratos contra os idosos (pessoas a partir dos 60 anos de idade) dizem respeito às ações únicas ou repetidas que causam sofrimento ou angústia ou, ainda, à ausência de ações que lhes são devidas, que ocorrem numa relação em que haja expectativa de confiança. (BRASIL, 2011)

Embora não se disponha de dados estatísticos sobre incidência e prevalência, sabe-se, a partir de estudos realizados em outros países, sobretudo nos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, que a violência contra os idosos existe e manifesta-se sob diferentes formas: abuso físico, psicológico, sexual, abandono e negligência. Somando-se a essas formas de violência, o abuso financeiro e a autonegligência. (MINAYO, 2004)

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. Uma situação de elevado risco é aquela em que o agressor é seu dependente econômico. Aliam-se a esse outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana.

Os acidentes domésticos, principalmente com crianças e idosos, são passíveis de prevenção por intermédio de orientação familiar, alterações físicas do espaço domiciliar e elaboração e/ou cumprimento de leis específicas. A violência doméstica representa grande desafio, pois seu diagnóstico é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. Sua gravidade manifesta-se tanto nas consequências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção. (BRASIL, 2011)

Na década de 80, as mortes por acidentes e violência passaram a responder pela segunda causa de óbitos no quadro de mortalidade geral. A partir de então, representam cerca de 15% dos óbitos registrados, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em 1996/97, os acidentes e a violência foram responsáveis por, aproximadamente, 120 mil óbitos anuais. (BRASIL, 2011)

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, institutos de

medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento, onde muitas vezes, é o próprio agressor. (PENSO; ALMEIDA; BRASIL; BARROS; BRANDÃO, 2010).

Embora ninguém duvide que violências e acidentes sejam problemas que afetam a saúde, ao longo dos anos esses fenômenos vêm sendo tratados como objeto exclusivo da segurança pública. Apenas na década de 90 o setor começou a assumi-los oficialmente. Observando as mudanças nos perfis de morbimortalidade na maioria das regiões latino-americanas, a Organização Pan Americana da Saúde, a partir de 1993, passou a recomendar, insistentemente, aos países membros que incluíssem o tema na sua agenda de intervenção. (MINAYO, 2004)

Mais tarde, percebendo a gravidade da situação em muitas outras partes do mundo e não só na região das Américas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-lhe prioridade na Assembleia Mundial de Saúde em 1997. E em 2002, a OMS publicou extenso informe denominado *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, trazendo para a área, uma reflexão sobre sua responsabilidade específica e intersetorial. (OMS, 2002)

No Brasil, também foi difícil introduzir o assunto dos Acidentes e Violências na agenda da política de saúde, apesar de, desde a década de 1980, esses eventos constituírem a segunda causa de óbito no perfil da mortalidade geral. Desde então, essa situação vem sendo evidenciada e publicada por pesquisadores e estudiosos do conceito e das informações sobre “*causas externas*”, rubrica que na Classificação Internacional de Doenças designa as mortes, as lesões e os traumas derivados do fenômeno. (MINAYO, 2004)

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva, que além do agravo psicológico a vítima, ainda causa grande prejuízo econômico por conta de fazer parte da

recuperação à saúde, sendo necessárias medidas de proteção e reabilitação dessa vítima. (DAHLBERG, 1998)

Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo. Embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos. (DAHLBERG, 1998)

O custo humano de dor e sofrimento, naturalmente não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível. Embora a tecnologia tenha tornado certos tipos de violência – terrorismo, guerras, rebeliões e tumultos civis – diariamente visíveis para as audiências televisivas, um número maior de atos violentos ocorre sem ser visto como nos lares, locais de trabalho e mesmo em instituições sociais e médicas destinadas ao cuidado do público. Muitas vítimas são jovens, fracos ou doentes para se protegerem. Outras, por convenções ou pressões sociais, são forçadas a guardar em silêncio suas experiências. (DAHLBERG, 1998)

Da mesma forma que seus impactos, algumas causas da violência são facilmente constatadas. Outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Pesquisas recentes sugerem que, enquanto fatores biológicos e vários fatores individuais explicam a predisposição para a agressão, com frequência tais fatores interagem com fatores familiares, comunitários, culturais e/ou outros fatores externos, criando situações em que a violência pode ocorrer. (DAHLBERG, 1998)

CONCLUSÃO

O profissional de saúde, em sua rotina diária de atendimento, deve saber como identificar clientes que apresentam características de que sofreu algum tipo de violência. E sempre que identificar essa possível vítima fazer a notificação encaminhando-o ao PAV, onde seu caso será investigado e o cliente receberá a assistência necessária.

Como verificado através da coleta de dados, ainda que a maioria dos profissionais pesquisados afirmaram possuir conhecimento necessário para identificar possíveis vítimas de violência, uma parcela significativa disse não se sentirem preparados para identificar casos de violência e notificá-los, o que responde a questão norteadora, pois, quanto mais conhecimento

dos sinais e sintomas, mais casos serão reconhecidos pelos profissionais aumentando assim o número de notificações e encaminhamentos à outras instâncias com maior poder de resolutividade.

Os profissionais pesquisados definiram violência como: a prática de ações físicas, psicológicas e verbal contra qualquer indivíduo. Existem alguns tipos de violência que as vezes não é possível o profissional identificar, principalmente porque os atendimentos de emergência não apresenta regularidade, porém alguns sinais e sintomas são mais característicos e visíveis como, os citados pelos participante, Lesões cutâneas, Sinais psicológicos, Mudança comportamental e Lesões de ossos, cartilagens e articulações. A baixa notificação de casos possivelmente é gerada pela falta de conhecimento de alguns profissionais, pela grande demanda de serviços diários, pelo fato de o tema violência ainda suscitar muita polêmica, cada profissional deve usar o bom senso, analisando caso a caso, para não cometer injustiças e não se sujeitar a sofrer processos administrativo e disciplinar. Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde, a quebra do sigilo profissional, além de muitos profissionais simplesmente não notificarem porque não tem nada a ver com a vida de seu paciente, não querendo se intrometer sobre o que ocorreu e ficam em posição imparcial.

De acordo com os dados colhidos no PAV da Regional de Saúde do Gama, os tipos de violência notificados, no período de janeiro a outubro desse ano, em ordem decrescente de percentual de incidência são principalmente casos de agressão física, seguido da violência sexual, tentativa de auto extermínio e negligencia.

Diante do exposto conclui-se que para os profissionais de saúde constitui violência ações física, verbal e psicológica contra qualquer indivíduo, sendo que os sinais apresentados mais comuns de serem identificados são as lesões cutâneas, e que a forma adequada de lidar com os casos suspeitos e confirmados de violência é denunciar aos órgãos competentes, e atender com respeito e profissionalismo esse cliente. Os profissionais de saúde são agentes fundamentais na quebra do ciclo da violência, por isso, é importante estarem sensibilizados,

treinados e preparados para atender aos clientes, respeitando-os e deixando-os cientes de seus direitos.

ABSTRACT

MORIL, Waleria Maria Rolim. Analysis of the knowledge of health professionals about the types of violence and notifications made by the EPI Regional Health Gama - DF. 68F. Monograph (graduate nursing) - Catholic University of Brasília, Brasília, 2012.

It is important that health professionals know how to identify possible cases of violence and notify them. The goal is to analyze the proposed general knowledge of health professionals about the different types of violence, how to deal with them and check the notifications made in the year 2012, by the EPI Regional Health Gama Federal District, offering a proposal awareness and dissemination. The methodology used in the study was a descriptive exploratory quant qualitative. Data collection was conducted through a questionnaire and data provided by the Violence Assistance Program of the Regional Health Gama Federal District. Data were analyzed using the technique of content analysis and Excel 21007. Discussion: The majority of respondents were female, aged from 26 to 45 year's old, working as a technician in the emergency department nursing clinical. For respondents violence is the practice of physical actions, verbal and psychological against any individual. The most commonly reported type of violence was physical aggression. They said they have the knowledge to identify suspected cases, but few said they had already done some notification. Virtually all respondents suggested training courses and advanced courses for health professionals acquire more knowledge on the subject. Conclusion: Health professionals are key in breaking the cycle of violence, so it is important to be aware, trained and prepared to serve customers, respecting them and making them aware of their rights.

Keywords: Violence. Nursing. Notification.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, S. A criminalidade urbana violenta no Brasil: um recorte temático. Boletim Informativo Bibliográfico, v. 35, n. 1, pp. 3-24,1993.
- ALMEIDA, A. W. B. Conflitos sociais no campo e cidadania. In: *A Violência no Campo*, pp. 132-147, Rio de Janeiro: Vozes/Fase, 1988.
- ASSIS, S.G. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.). *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- ASSIS, S. G., 1991. Quando Crescer é um Desafio Social: Estudo Sócio-Epidemiológico sobre Violência em Escolares em Duque de Caxias. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz
- BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Edições 70; 2008.
- BOULDING, E., 1981. Las mujeres y la violencia social. In: *La Violencia y sus Causas*. (A. Joxe, org.), pp. 265-279, Paris: Unesco.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a obrigatoriedade de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos cometidos contra criança e adolescentes aos conselhos tutelares. Diário Oficial da União, 2001; 26 out.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.406, de 5/11/2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher nos serviços de saúde, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Diário Oficial da União, 2004; 9 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União, 2011; 26 jan.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 04 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília:Ministério da Saúde; 2002.
- BRAZ, M.; CARDOSO, M.H.C.A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, janeiro 2000.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):646-647, mai-jun, 2004

CALDER, Bobby J. Focus Group and the Nature of Qualitative Marketing Research. *Journal of Marketing Research*. Vol. XIV , August, 1977.

CARVALHO, D.R.; KALINKE, L.P. Perfil do enfermeiro quanto a motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Boletim de Enfermagem*, v.1, p. 82-95, 2008. Disponível em:<http://www.utp.br/enfermagem/boletim_2_ano2_vol1/pdf/art7_perfil_doenfermeiro.pdf>. Acesso em: 17/09/2012.

CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio, antecedentes mórbidos e condutas autodestrutivas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.33, p: 93-98, 1984.

CAVALCANTI MLT. Rede de Serviços do SUS e de Atendimento a Vítimas de Violências e Acidentes. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs.). *Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

DAHLBERG LL, Toal SB, Behrens CB. Measuring violencerelated attitudes, beliefs, and behaviors among youths: a compendium of assessment tools. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 1998.

GATTI, Bernadete Angelina. Grupo Focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Liber Livro Editora, 2005.

GODOY, A. S. Introdução À Pesquisa Qualitativa E Suas Possibilidades. *Revista De Administração De Empresas*. São Paulo: V.35, N.2, P. 57-63, Abril 1995.

GOMES, Fábio de Barros Correia. Sistema de informações sobre mortalidade: considerações sobre a qualidade dos dados. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 2002, vol.11, n.1, pp. 5-6.

GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. *Cad Saude Publica*. V.18, n.1, p:315-9, 2002.

GREENBAUM, T.L. *The Handbook of Focus Group Research*. New York: Lexington Books, 1993.

KREUGER, R. A. *Focus Group: a practical guide for applied research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

LUCK, David. J. WALES, Hugh G. TAYLOR, Donald A. *Marketing Research*. New Jersey: Prentice-Hall e Englewood Cliffs, 1970.

LEAL, S.M.C.; LOPES, M.J.M. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. *Cien Saude Colet*, v.10, n.2, p:419-431, 2005.

- MINAYO, M. C. S. (Org.). Os Limites da Exclusão Social: Meninos e Meninas de Rua no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1993.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, v.39, p: 58-63, 1993.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan./mar. 1993.
- MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*. V.19, p:783-91, 2003.
- MINAYO, M.C. de S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 2004. Supl. 1.
- MINAYO, M.CS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S., (orgs.). *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- MERCY, J. A. Public health policy for preventing violence. *Health Affairs*, v.12, p: 07-29, 1993.
- MOORE, M. Violence prevention: criminal justice or public health. *Health Affairs*, v.12, p: 35-45, 1993.
- MORGAN, D. L. *Focus Group as Qualitative Research*. Beverly Hills: SAGE Publications, 1988.
- NEVES, José Luís. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*. V. 1, No 3, 2º sem/1996.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.11, n.3, p: 333-40, maio/jun. 2003.
- OLIVEIRA, A.F.P.; LUCAS, D.; SCHRAIBER, L.B. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos *Jornal da Rede Feminista de Saúde*. Brasil 1999 Nov; 19.
- OPPENHEIN, A. N. *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. SAGE Publications, Beverly Hills, 1988.
- PARASURAMAN, A. *Marketing Research*. Toronto: Addison-Wesley Publishing company, 1986.
- PAVIANI, A. e GOUVEIA, L. A. C. (orgs.) (2003). *Brasília: controvérsias ambientais*. Brasília, Editora UnB. In: PAVIANI, A.; FERREIRA, I.; FÓSCULO, F. (orgs.). *Brasília: dimensões da violência*. Brasília, Editora UnB, 2005.
- PINHEIRO, P. S. (Org.). *Crime, Violência e Poder*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

SALIBA, O. Garbin. C. A.S.. Garbin. A. J. & Dossi. A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre as notificações dos casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública* 41(3) 472-7, 2007.

SAMPSOM, Peter. Qualitative research and motivation research. In: *Consumer Market Research Handbook*. 3rd Edition, Amsterdam: ESOMAR, 1991.

SAMPIERI, C.F.; COLLADO. *Metodologia da Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SAÚDE. Ministério da (BR). *Epidemiologia e serviços de saúde*. *Revista do Sistema Único de Saúde*. V. 16, n. 1, p:6-18, 2006.

SAÚDE. Ministério Da. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil: uma análise da situação de saúde*. Brasília: MS; 2007.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A.F.P.L. O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica. Rio Grande do Sul: Fundação Ford; 2006.

SCHRAIBER, L. B. “Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?” *Revista USP – Dossiê Saúde*, v.51, p.104-13, 2001.

SCHUSTER, J. M., 1981. La violencia. In: *La Violencia y sus Causas* (Unesco, ed.), pp. 33-45, Paris: Unesco. 2011.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil:década de 80. In: MINAYO, M.C.S. (org.). *Os Muitos Brasis: Saúde e População na década de 80*, Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco, 1995, pp. 87-116.

SYKES, Wendy. *Validity and reliability in qualitative market research: a review of the literature*. *Journal of the Market Research Society*. Volume 32, number 3, 1990.

VASCONCELOS, A. M. N. et al. (2006). Da utopia à realidade: uma análise dos fluxos migratórios para o aglomerado urbano de Brasília. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais ABEP, Caxambu, MG, setembro, 2006.

VICHAS, R. P. *Complete Handbook of Profitable Marketing Research Techniques*. New Jersey: Englewood Cliffs e Prentice-Hall, 1982.

VETHENCOURT, J. L. *Psicología de la violencia*. *Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela*, 11: 05-10, 1990.

World Health Organization (WHO). *Constitution of World Health Organization*. 1946.

[acesso em 2012 Out]; Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/AboutSEAROconst.pdf>.