



Artigo Original

O PERFIL DAS VITIMAS NOTIFICADAS NO NUCLEO DE PREVENÇÃO ÀS VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE

PROFILE VICTIMS OF NOTIFIED IN CORE AND VIOLENCE PREVENTION TO HEALTH PROMOTION

Resumo

Juliete Tasca¹
Renata Andrade de Araujo¹
Sonia Maria Correa¹
Izabel Scarabelot Medeiros¹
Luciane Bisognin Ceretta¹
Magada Tessmann Schwalm¹
Maria Tereza Soratto¹

Estudo com objetivo de identificar o perfil das vitimas notificadas no núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, em um município do Extremo Sul Catarinense. Pesquisa de abordagem metodológica quali-quantitativa, documental, descritiva-exploratória e de campo. A pesquisa foi realizada a partir da análise das notificações do SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação - de 2010 a outubro de 2012 e realização de entrevista com a enfermeira participante do programa. Na fase de análise de dados, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa. Organizou-se a análise e interpretação dos dados qualitativos a partir da categorização dos dados. Em relação aos tipos de violência, 40,92% caracterizou-se com violência física; 16,47% lesão auto provocada; 13,07% negligencia e abandono; 10,29% deficiência ou transtorno mental; 6,71%; violência psico moral; 6,07% violência com arma de fogo; 3,24% violência sexual; 1,81% violência relacionada ao trabalho; 1,02% tortura; 0,26% intervenção legal; 0,07% exploração sexual; 0,07% trafico de seres humanos. A violência é considerada um problema de saúde pública, de múltiplas dimensões necessitando de estudos cada vez mais aprofundados e de políticas públicas que envolva além da temática da violência, a segurança, educação e uma cultura para paz.

¹Universidade Do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC
Criciúma – Santa Catarina – Brasil

E-mail:
guiga@unesc.net

Palavras-chave: Violência; Maus-Tratos; Enfermagem.

Abstract

Study aiming to identify the profile of the victims reported in the core of violence prevention and health promotion, in a city in the extreme south of Santa Catarina. Research of quali-quantitative methodological approach, descriptive-exploratory documentary and field. The survey was conducted from the analysis of notifications from SINAN-information system of reportable diseases-from 2010 to October 2012 and realization of interview with the nurse program participant. In the data analysis phase, the information were quantified through Microsoft Office Excel and presented by means of quantitative analysis. Organized analysis and interpretation of qualitative data from the categorization of data. In relation to the types of violence, 40.92 was characterised with physical violence; 16.47 auto injury caused; 13.07 neglect and abandonment; 10.29 disability or mental disorder; 6.71; moral psychological violence; 6.07 violence with a firearm; 3.24 sexual violence; 1.81 violence related to work; 1.02 torture; 0.26 legal intervention; 0.07 sexual

exploitation; 0.07 trafficking human beings. The violence is considered a public health problem of multiple dimensions requiring increasingly in-depth studies and public policies involving beyond theme of violence, security, education and culture for peace.

Key words: Violence; ill-treatment; Nursing.

Introdução

A violência é uma herança comum que historicamente atinge a todas as classes sociais, culturas e sociedades. A violência é considerada um fenômeno intrínseco ao processo civilizatório, constituindo-se enquanto elemento estrutural que participa da própria organização das sociedades, manifestando-se de diversas formas¹.

A violência por ser um fenômeno sócio-histórico afeta fortemente a saúde: provoca morte, lesões, traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais; diminuindo a qualidade de vida das pessoas e das coletividades. A violência exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde, evidenciando novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos. A partir dessas questões, a temática das violências e dos acidentes entrou na agenda do setor Saúde como um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo².

A violência é um fenômeno complexo e que possui múltiplas causas, que estão correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, como: desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda e exclusão social. Portanto, suas origens relacionam-se com as desigualdades sociais e em saúde. Para entender esse fenômeno, faz-se necessário compreender a violência de gênero, que tem a ver com relações de poder e dominação de um sobre o outro. Tem em sua gênese aspectos relacionados à nossa cultura, que se fundamenta no machismo, sexismo, racismo e homofobia. A violência é responsável por toda uma transformação nos hábitos e comportamentos sociais, na organização e arquitetura das cidades. São cada vez mais cercas elétricas, muros altos e segurança privada com que a sociedade atual vive para se proteger, sob o domínio do medo. As pessoas ficam isoladas e privadas de seu direito de ir e vir. A violência urbana reafirma a violência doméstica e a violência doméstica, a urbana. Nessa dinâmica complexa e multicausal, os modos de vida têm papel determinante e condicionante na situação da violência social³.

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, com aumentos dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência,absenteísmo à escola e ao trabalho, entre outros. A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal⁴.

Diante do crescimento dos números relativos à morbimortalidade das violências, seja na capacidade de produzir vítimas ou de gerar múltiplas formas

de sequelas, esse tipo de evento pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais o Brasil⁵.

A violência pode ser classificada, também segundo a OMS, em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (auto - infligida); violência interpessoal (classificadas em 2 âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macro-sociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do estado). Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados⁶.

A notificação da violência é essencial para: dimensionar a demanda de casos destas formas de violência; identificar lesões de menor gravidade; conhecer a magnitude das violências e acidentes; tipificar as várias formas de violências; conhecer a violência “silenciada”, principalmente a doméstica e sexual; caracterizar o perfil das vítimas e o perfil dos autores de violência⁶.

Em virtude da relevância do tema nos dias atuais e como forma de aprofundar o conhecimento sobre o perfil dos pacientes que sofrem da violência; surgem questionamentos: qual o perfil da vítima? Quem é o agressor? Quais os tipos e as causas da violência? Como prevenir e promover a saúde nestes casos? A equipe multiprofissional é capacitada e preparada para atender os casos de violência? De que forma os casos são encaminhados? No caso da violência existe resolutividade real, ou são deixadas marcas para a vida toda?

Desta forma, tem-se como problema de pesquisa: Qual o perfil das vítimas notificadas no núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, em um município do Extremo Sul Catarinense?

Esta pesquisa teve como objetivo identificar o perfil das vítimas notificadas no núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, em um município do Extremo Sul Catarinense.

Método

A pesquisa caracterizou-se como quali- quantitativa, do tipo documental, descritiva-exploratória e de campo. Foi realizado levantamento dos dados em 1786 notificações de violência do SINAN - Sistema de informação de agravos de notificação, nos anos de 2010 a outubro de 2012 e aplicado entrevista semi-estruturada com a enfermeira responsável pelo núcleo. O local do estudo foi no Núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde em um município do Extremo Sul Catarinense.

Na fase de análise de dados, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram organizadas a partir da categorização dos dados⁷.

A pesquisa seguiu o disposto na Resolução 466/12⁸ do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética – CEP n.108094/2012

Para preservar o sigilo decorrente da entrevista realizada com a enfermeira, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res 466/12⁸ que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a denominação “Enfermeira”.

Resultados

Em relação aos tipos de violência, 40,92% caracterizou-se com violência física; 16,47% lesão auto provocada; 13,07% negligencia e abandono; 10,29% deficiência ou transtorno mental; 6,71%; violência psico moral; 6,07% violência com arma de fogo; 3,24% violência sexual; 1,81% violência relacionada ao trabalho; 1,02% tortura; 0,26% intervenção legal; 0,07% exploração sexual; 0,07% trafico de seres humanos.

Tabela 1 - Tipo de violência.

Tipo de violência	N 2.654	%
Violência física	1086	40,92
Lesão auto provocada	437	16,47
Negligencia abandono	347	13,07
Deficiência/transtorno mental	273	10,29
Violência psico/moral	178	6,71
Arma de fogo	161	6,07
Violência sexual	86	3,24
Violência relacionado ao trabalho	48	1,81
Tortura	27	1,02
Intervenção legal	07	0,26
Exploração sexual	02	0,07
Tráfico de seres humanos	02	0,07
Total	2.654	100

Fonte: SISNAN, 2010 a 2012.

Em relação à unidade notificadora 86,06% das notificações foram realizadas no ano de 2010 a 2012 pelos hospitais; seguido das UBS – Unidade Básica de Saúde e ESF - Estratégia Saúde da Família, com 4,80% das notificações; 4,63% - CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; 2,43% Centros de Saúde; 1,97% Pronto Atendimento e 0,11% Policlínica. Dos casos atendidos 73, 38% foram encaminhados para atenção básica e 26,62% necessitaram de internação hospitalar.

Quanto ao sexo, 50,90% das vítimas de violência, entre o ano de 2010 a 2012, caracterizaram-se como masculino e 49,10% do sexo feminino. Quanto aos agressores 58,74% sexo masculino; 31,98% sexo feminino e 9,27 de ambos os sexos.

Em relação à faixa etária do paciente; o maior índice de notificação 35,65% foi na idade de 20-34 anos; 20,30% de 35-49 anos; 12,5% de 15-19 anos; 8,02% de 10-14 anos; 6,11% até um ano de idade; 6,05% de 50-64; 5,44% de 1 ano a 4 anos; 3,41% de 5-9 anos; 1,77% de 1- 4 anos; 0,78% 80 + anos.

Tabela 2 - Faixa etária dos pacientes notificados.

Ano da notificação	1 ano	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 34	35 a 49	50 a 64	65 a 79	80 a +	N 1.784
Total	109	97	61	143	223	636	362	108	31	14	1.784
2010	32	33	18	33	41	102	68	14	5	3	349
2011	54	40	27	63	95	337	176	63	16	5	876
2012	23	24	16	47	87	197	118	31	10	6	559
%	6,11	5,44	3,41	8,02	12,5	35,65	20,3	6,05	1,74	0,78	100%

Em relação à escolaridade em 29,50% dos casos de violência as vítimas possuem escolaridade de 5º a 8º série incompleto do ensino fundamental - EF; 15,30% da 1º a 4º série incompleta do EF; 13,78% ensino médio completo; 13,19% ensino médio incompleto; 10,73% ensino fundamental completo; 10,73% 4º série completa do EF; 2,96% analfabeto; 2,37% educação superior completa e 2,11 educação superior incompleta.

Tabela 3 – Escolaridade das vítimas notificadas

Ano	2010	2011	2012	Total N 1.183	%
Total	206	530	447	1.183	100
Analfabeto	5	24	6	35	2,96
1ª a 4ª série incompleta do E.F	40	89	52	181	15,3
4ª série completa do E.F	15	51	53	119	10,06
5ª a 8ª série incompleta do E.F	61	155	133	349	29,5
Ensino fundamental completo	19	56	52	127	10,73
Ensino médio incompleto	26	63	67	156	13,19
Ensino médio completo	28	68	67	163	13,78
Educação superior incompleta	3	11	11	25	2,11
Educação superior completa	9	13	6	28	2,37

Quanto ao local da ocorrência 68,55% da violência notificada nos casos de 2010 a 2012 ocorreram em vítimas com escolaridade de analfabeto até ensino fundamental completo.

Em 83,80% dos casos de violência a raça das vítimas é de cor branca; seguida de 10,65 de cor preta; 5,03% de cor parda; 0,29% indígena e 0,23% de cor amarela.

Quanto ao local da ocorrência 56,61% das violências ocorreram na residência; 19,87% em via pública; 7,16% em bares ou similares; 1,91% comércio e serviço; 1,40% em escolas; seguido de 0,46% em habilitação coletiva; 0,23% local de prática esportiva e 0,17% em indústrias e construção; outros lugares foi citado em 12,48%.

Tabela 4 - Local da violência.

Local de ocorrência	2010	2011	2012	N 1.731	%
Total	336	846	549	1.731	100
Residência	205	470	305	980	56,61
Habitação coletiva	0	4	4	8	0,46
Escola	4	8	7	19	1,1
Local de prática esportiva	1	1	2	4	0,23
Bar ou similar	12	70	42	124	7,16
Via pública	57	173	114	344	19,87
Comércio/serviços	3	20	10	33	1,91
Indústrias/construção	1	1	1	3	0,17
Outros	53	99	64	216	12,48

Fonte: SISNAN, 2010 a 2012.

Quanto à evolução dos casos de violência 90,44% receberam alta; 6,81% das vítimas ocorreu evasão e fuga; 0,37% óbito por violência e 0,47% óbito por outras causas.

Tabela 5 - Evolução dos casos de violência.

Evolução do caso	2010	2011	2012	N 1.674	%
Total	322	836	516	1.674	100
Alta	289	756	469	1.514	90,44
Evasão/fuga	23	55	36	114	6,81
Óbito por violência	8	20	10	38	2,37
Óbito por outras causas	2	5	1	8	0,47

Fonte: SISNAN, 2010 a 2012.

A Entrevista com a enfermeira do Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção à Saúde

Em relação ao perfil, a enfermeira é do sexo feminino; idade 29 anos; 7 meses de atuação no Núcleo de Violência, sendo pós-graduada em saúde mental.

A equipe multiprofissional atuante no Núcleo é composta por 02 enfermeiras; 01 psicólogo e 01 residente em psicologia; 01 Assistente social; 01 Ginecologista; 01 Médico psiquiatra.

A atuação da equipe multiprofissional no Núcleo é realizada de acordo com as especificidades de cada componente da equipe e também de forma articulada, de acordo com a fala: *“Cada Profissional atua de acordo com sua legislação, especialidade, no núcleo tem o trabalho articulado em equipe”* (Enfermeira).

Segundo a enfermeira entrevistada, todos os tipos de violência e todas as faixas etárias sofrem a violência: física; psicológica; sexual; tráfico de seres humanos; trabalho infantil; negligência; moral; tortura; violência auto infligida.

De acordo com a enfermeira *“O agressor também é uma vítima”* (Enfermeira).

Em relação a Notificação dos casos no Núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde a enfermeira relatou: *“Todas as unidades de saúde são notificadoras, recebemos encaminhamento da rede de saúde / social e educação” (Enfermeira).*

A Resolutividade dos casos de violência depende da organização do serviço em rede, com acompanhamento dos casos, descrito na fala: *“Acompanha vítimas e agressores, núcleo assiste, acompanha, trabalha em rede” (Enfermeira).*

“Trabalhar em rede e a Notificação” são consideradas tanto como facilidades como dificuldades encontradas para a equipe multiprofissional atuar nos casos de violência (Enfermeira).

A enfermeira destacou a complexidade da temática violência e a importância do Núcleo na Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, citado na fala: *“Violência é algo complexo, é um problema de saúde pública; cada profissional tem dever de identificar a problemática e encaminhar para os devidos setores competentes. NUPREVIPS (Núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde) vem para somar com [...] para o enfrentamento das violências e promoção da cultura de paz” (Enfermeira).*

Discussão

Os dados pesquisados no SISNAN - Sistema de informação de agravos de notificação corrobora com a fala da enfermeira que atua no núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde; que afirma que a violência perpassa todas as faixas etárias e todos os tipos: violência física; psicológica; sexual; tráfico de seres humanos; trabalho infantil; negligência; violência moral; tortura; violência auto infligida.

Os tipos de violência abrangem: violência doméstica e violência intra familiar; violência sexual; violência auto provocada – inclui as tentativas de suicídio e suicídios; tráfico de pessoas; intervenção por agente legal público – exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades; violência financeira/econômica ou patrimonial; negligência/abandono – exercida nas situações notificada de violências, ou seja, contra criança; adolescente; mulher; pessoa idosa; trabalho infantil – menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz a partir dos 14 anos; deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais partes do corpo humano, acarretando o comprometimento de função física; deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média (retardo mental); deficiência visual: caracteriza-se por perda de visão incorrigível; deficiência auditiva: compreende a perda de audição sonora; transtorno mental e comportamental; outras deficiências/síndromes^{4, 5}.

A maior unidade notificadora de casos de violência, segundo os dados do SISNAN, de 2010 a 2012, ocorreu a nível hospitalar; seguido das unidades de saúde e CAPS.

Os hospitais ainda são as unidades de referencia que mais notificam o atendimento das vítimas de violência. As Unidades Básicas de Saúde - UBS e a Estratégia Saúde da Família – ESF, por estarem mais próximas da comunidade também tem representação nas notificações dos índices de violência. Os CAPS

por atenderem pacientes com doenças mentais e familiares em condição de maior vulnerabilidade social são consideradas referência em notificação.

O resultado da pesquisa denota que não existiu diferença considerável entre os sexos das vítimas: 50,90% das vítimas são do sexo masculino e 49,10% do sexo feminino.

No Brasil, a violência contra a mulher é um dos maiores problemas de saúde pública, atingindo um quarto da população⁹.

A violência contra a mulher (VCM) - uma das expressões das desigualdades de gênero - é considerada mundialmente como um problema de saúde pública e tem sido objeto de diversos estudos internacionais e nacionais na última década. Dados epidemiológicos evidenciam a magnitude do fenômeno no contexto mundial, variando de 13 a 61% a prevalência de violência física cometida pelo parceiro íntimo. Entre as gestantes, estudos brasileiros recentes encontraram índices de violência variando entre 5,1 e 19,1%. Estes dados sugerem o alto impacto da VCM na saúde e na vida individual, familiar e coletiva com repercussões sócio econômica e políticas¹⁰.

O sexo masculino está envolvido nos maiores índices de acidente de trânsito, arma de fogo e suicídio, o que leva ao aumento do percentual neste sexo¹¹.

O sexo masculino é apontado como preditor de respostas violentas em situações de confronto ou vitimização. Uma possível explicação para esse fato é que o comportamento agressivo é tolerado e muitas vezes estimulado em sociedades com dominação de padrões culturais machistas¹¹.

O maior índice de notificação 55,95% ocorreu na idade de 20-49 anos. Já 12,5% da violência ocorreu entre adolescentes na faixa etária de 15-19 anos.

Em nosso país, as violências e acidentes representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 01 a 39 anos. Dados do Ministério da Saúde (MS) registraram em 2008, 133.644 óbitos por causas externas, representando 12,5% do total de óbitos. No período de 1980 a 2008 houve um incremento percentual de 13,6% nos óbitos atribuídos a causas externas. O sexo masculino respondeu por 83,1% desses óbitos e o feminino por 16,9%. Entre 1980 e 2008, a composição da mortalidade por causas externas registrou um aumento das agressões (homicídios), que passaram de 13.910, correspondentes a 20%, para 49.008, isto é, a 38% dos óbitos no período. Com efeito, foi um acréscimo de 249%, passando da segunda para a primeira causa de óbito entre as causas externas em 2006. No mesmo ano, a faixa etária que concentrou mais homicídios foi de 20 a 39 anos, desses, 62,5%, no sexo masculino, 52,6% no feminino⁴.

Em pesquisa de Andrade et al¹¹ a prevalência de violência física entre os adolescentes pesquisados foi de 12,9%. Outros estudos conduzidos com inquéritos, realizados entre escolares de outros países também estimaram altas taxas de prevalência de participação em brigas com agressão física em um período de 12 meses: 13,5% nos Estados Unidos, 31,3% na Argentina, 31,1% na Venezuela, 42% na Turquia, 40,7% no Chile.

Na faixa etária acima de 65 anos ocorreram 2,52% das violências. A violência familiar contra o idoso significa: não cuidar, isolar, asilar, usufruir de

seus recursos financeiros e tirar a autonomia daqueles que são capazes de se autogovernar¹².

O trabalho de prevenção à violência deve ser feito desde a infância, de forma a promover a cultura da paz e de preservação do planeta.

Destaca-se quanto ao resultado deste estudo que 56,61% das violências ocorreram na residência e 1,40% da violência notificada ocorreram na escola.

A violência é definida como uso intencional da força física ou do poder, de modo real ou em ameaça, auto inflingida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar lesão, óbito, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. O ato violento pode ser de natureza física, sexual, psicológica ou privação/negligência. A violência interpessoal subdivide-se em violência familiar e violência comunitária. O local de ocorrência mais frequente de situações de violência familiar é o domicílio, entretanto a violência comunitária pode ocorrer na via pública ou em instituições como a escolar¹¹.

A violência que as crianças e os adolescentes exercem, é antes de tudo, a que seu meio exerce sobre eles. A violência na infância pode desencadear a violência na escola. Os tipos de violência praticados dentro da escola podem ser caracterizados como: violência contra o patrimônio, doméstica, simbólica e física¹³.

A violência contra o patrimônio é a violência praticada contra a parte física da escola. É contra a própria construção que se voltam os pré-adolescentes e os adolescentes¹³.

A violência doméstica é a violência praticada por familiares ou pessoas ligadas diretamente ao convívio diário do adolescente¹³.

A violência simbólica é a violência que a escola exerce sobre o aluno quando o anula da capacidade de pensar e o torna um ser capaz somente de reproduzir. A violência simbólica é a mais difícil de ser percebida, porque é exercida pela sociedade quando esta não é capaz de encaminhar seus jovens ao mercado de trabalho, quando não lhes oferece oportunidades para o desenvolvimento da criatividade e de atividades de lazer¹³.

A violência física é caracterizada pelo ato de brigar, bater, matar, suicidar, estuprar, roubar, assaltar, tiroteio, espancar, pancadaria, ter guerra com alguém, andar armado e também participar das atividades das gangues¹³.

A educação para a paz e uma sociedade sem violência esta vinculada a justiça social, a uma educação de qualidade, ao acesso da população a melhor qualidade de vida.

Ressalta-se que a violência se encontra nas relações intrapessoais, familiares, seja na violência doméstica de marido, mulher e filhos; com a pessoa idosa, crianças, deficientes e doentes mentais, configurando a vulnerabilidade das vítimas. Neste aspecto também se encontram as violência auto infligidas.

Os dados registrados de violência são considerados alarmantes: 6,8 milhões de brasileiras já foram espancadas. No Brasil, a casa 15 segundo 1 mulher sofre algum tipo de agressão (física, psíquica ou moral); 70% dos casos acontecem em casa; 90% das vezes o agressor é alguém próximo (namorado, marido, padrasto, vizinho, irmão); 45% das mortes entre os adolescentes são por homicídios e 22% por acidentes; o abuso sexual infantil

esta entre os 14 maiores riscos à saúde humana de acordo com a OMS. Dados do UNICEF apontam que em todo o mundo, mais de 159 milhões de meninas e mais de 70 milhões de meninos já sofreram abuso¹⁴.

O conhecimento do fenômeno da violência por parte do profissional de saúde melhora todas as instâncias do atendimento à vítima, desde o reconhecimento da ocorrência de violência até o diagnóstico, manejo e encaminhamento dos casos¹⁰.

Por serem um dos primeiros profissionais a entrarem em contato com as vítimas nos serviços de saúde, os enfermeiros ocupam um papel de destaque no atendimento. A capacitação do enfermeiro para manejar casos parece ser crucial no atendimento da violência¹⁰.

Como forma de promover saúde à população e detectar precocemente situações potencialmente prejudiciais ao bem-estar biopsicossocial, os profissionais de saúde, principalmente os da atenção primária, têm atuação fundamental. Essa modalidade de assistência permite o acesso, proximidade e continuidade da atenção à população fortalecendo a rede de suporte social para as pessoas em situação de vulnerabilidade¹².

Apesar das orientações já disponíveis nos documentos que compõem as Políticas Públicas para o enfrentamento da violência familiar, o tema, por necessitar de compreensão e abordagem integralizada não é de fácil manejo para os profissionais da saúde, que ainda recebem pouco ou nenhum preparo para lidar com a questão¹².

A proposta de constituir redes de atenção parte da compreensão de que a violência é um problema amplo, de caráter social. Sua abordagem, portanto, requer recursos na área da saúde e em várias outras como, por exemplo, segurança pública e assistência social. A constituição de redes de atenção visa propiciar a articulação de instituições/serviços governamentais e não governamentais que permitam identificar, acolher e atender de forma processual e integral as vítimas que vivenciam situações de violência. Apesar dessa ênfase política e da intensa discussão sobre o tema entre vários setores da sociedade, a concretização dessas redes representa um desafio a ser superado¹⁵.

Para que os serviços da atenção básica façam parte de redes intersetoriais para atender casos de violência, é necessário cuidado para que não se reduzam a um conjunto de pontos de triagem e/ou encaminhamento das vítimas que vivenciam situações de violência, mas que, de fato, atuem de maneira integral e integrada. Não basta criar uma rede, mas é necessária constante avaliação de processo e de impacto das ações para corrigir e aprimorar o seu desempenho¹⁵.

As dificuldades para a abordagem da violência pela equipe multiprofissional perpassa a falta de preparo acadêmico e as questões relacionadas a cultura e crenças que envolve a violência. Ao mesmo tempo, é necessário convencer os profissionais a se envolverem com o atendimento da violência sem medo, sem fazer juízo de valor, cultivando a postura de escuta competente e afetiva, e, sobretudo, compreendendo que a violência é uma questão de saúde e não apenas de polícia. Por outro lado, há dificuldade de convencer as coordenações dos serviços a trabalharem em rede e

compartilharem experiências positivas, procurando aprender com os obstáculos e buscando ajuda dentro da própria rede¹⁵.

A epidemiologia tem focado a violência como um dos problemas da Saúde Pública¹⁶.

De acordo com o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, as pessoas que sofrem violência devem sempre procurar o serviço de saúde como primeiro atendimento, imediatamente após a ocorrência da violência¹⁴.

No processo de trabalho, os profissionais de saúde estão expostos cotidianamente aos diferentes tipos de violência. Diante desse fato, torna-se necessário um processo de sensibilização constante, através da educação continuada ou permanente e que se caracterize por oferecer espaço para o diálogo, que possibilite uma necessária reflexão pessoal e profissional, uma vez que uma não pode prescindir da outra. Entende-se que no processo de sensibilização, além da informação científica especializada é fundamental que se inclua espaços de reflexão sobre as dificuldades que vão além da práxis específica de cada área de atuação, pois o trabalho com violência exige o pensar para além das fronteiras disciplinares, para que assim se possa gerar melhores estratégias de escuta e de intervenção¹².

Considerações finais

A violência é um fenômeno complexo e multicausal; relacionado com determinantes sociais e econômicos, considerado alarmante e um problema de saúde pública.

O Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde tem papel primordial na prevenção de novas agressões; além de oferecer suporte social à vítima e encaminhamento à Rede de Serviços do SUS buscando a resolutividade dos casos.

A partir dos resultados da pesquisa sugere-se a sensibilização e capacitação da equipe multiprofissional que atua na rede de serviços para a importância da notificação dos casos de violência e encaminhamento ao Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde.

Sugere-se o aprofundamento da temática sobre a violência na graduação, com o objetivo de preparar adequadamente o profissional da área de saúde para assistência destes casos.

A violência pode ser considerada como um problema de saúde pública, de múltiplas dimensões e que necessita de estudo cada vez mais aprofundado e de políticas públicas que envolvam além da temática da violência, a segurança, educação, acesso ao serviço e uma cultura para paz.

Referências

1. Gomes NP, Normélia MFD, Anne JSA, Tâmara MFC. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta paul. enferm.*, 2007; 20(4): 504-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Violência: Um Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Determinantes e condicionantes das violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Silva MMA. Instrutivo para preenchimento da ficha de notificação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no SINAN net. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 61 p.
5. Nóbrega AA. Instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 42 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. O Desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61 p.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466/12. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
9. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública . 2012; 28(6): 1111- 21.
10. Baraldi ACP, Almeida AM, Perdoná GC, Vieira EM. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2012; 12(3): 307- 18.
11. Andrade SSC A, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM et al . Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(9): 1725-36.
12. Wanderbroocke ACN S, Moré COO. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(8): 2095- 103.
13. Oliveira AG. Violência e desenvolvimento: um estudo acerca do impacto da violência no desenvolvimento econômico. O caso de Feira de Santana em 2008. [dissertação] [Salvador]; Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano da Universidade Salvador – UNIFACS; 2009. 145 p.
14. Nuprevips –Secretaria o Sistema de Saúde - Núcleo de prevenção às violências e promoção da saúde, 2012.
15. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. Saúde Pública. 2012; 46(2): 351-58.
16. Bezerra Filho JG, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(5): 833-44.

Endereço para correspondência

R Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301 . Ed. Jatobá. Centro.
Criciúma –Santa Catarina – Brasil.
CEP: 88.801-230.

Recebido em 21/02/2013

Aprovado em 27/06/2014