



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Saliba Garbin, Cléa Adas; de Andrade Dias, Isabella; Saliba Rovida, Tânia Adas; Ísper
Garbin, Artônio José

Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação
e encaminhamento

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 6, junio, 2015, pp. 1879-1890

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63038653024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento

Challenges facing health professionals in the notification
of violence: mandatory implementation and follow-up procedures

Cléa Adas Saliba Garbin¹

Isabella de Andrade Dias¹

Tânia Adas Saliba Rovida¹

Artênia José Ísper Garbin¹

Abstract *The notification of the occurrence or suspicion of violence is mandatory for health professionals and is a key tool for epidemiological surveillance and the definition of public policies for prevention and intervention. However, professionals feel unprepared for this assignment, which renders underreporting prevalent. To address this issue, the objective is to identify the means available to the professional to submit notification as well as ensure due process follow-up. For this purpose, research and document analysis was conducted in Brazilian legislation, ordinances, and government programs, codes of ethics and consultation of the literature in databases on the subject over a period of five years to establish a brief comparative analysis with other countries. The conclusion drawn is that while some measures are inapplicable, knowledge about the appropriate process for the notification and routing to specific organs will enable healthcare professionals to make the appropriate decisions for the protection and safety of the victim, besides the measures in order to change this situation of violence in the country.*

Key words Violence, Notification, Processes, Surveillance, Prevention and intervention

¹ Departamento de Odontologia Infantil e Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, R. José Bonifácio 1193, Vila Mendonça, 16015-050 Araçatuba SP Brasil.
cleagarbin@yahoo.com.br

Resumo A notificação da ocorrência ou suspeita da violência é obrigatória aos profissionais de saúde, instrumento fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. Neste trabalho objetivou-se instruir o profissional de saúde quanto ao reconhecimento da obrigatoriedade de notificação da violência e aos meios disponíveis para sua efetivação e devido encaminhamento. Com esta finalidade foi desenvolvido um estudo exploratório por meio de análise documental: na legislação brasileira, portarias, programas governamentais e códigos de ética, além de consulta bibliográfica sobre o tema, na base de dados do SciELO, num período de cinco anos; e para estabelecer uma breve análise comparativa com outros países, foram selecionados artigos internacionais no PubMed. Esta pesquisa demonstra a existência de uma série de recursos para o combate à violência, com pouca aplicabilidade, em decorrência da falta de conhecimento e insegurança dos profissionais de saúde, assim como, das debilidades estruturais do próprio sistema. Os serviços disponíveis para a notificação da violência, relatados desde o diagnóstico até as providências cabíveis, permitirão ao profissional conduzir os casos com segurança e habilidade.

Palavras-chave Violência, Notificação, Processos, Vigilância epidemiológica, Prevenção e intervenção

Introdução

A alta incidência da violência, tanto em nível nacional quanto mundial, e seu impacto na vida das pessoas e coletividades fizeram com que esta questão se transformasse numa prioridade da saúde pública mundial, pois pela sua complexidade envolve a conscientização e a participação efetiva de toda a sociedade¹. Este aspecto se reflete nos serviços de saúde, constituindo-se num enorme desafio para os profissionais quando são convocados a darem mais atenção ao tema da violência, fenômeno social crescente e indicador da instalação de uma ‘sociedade de risco’². Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a violência é reconhecida como: “O uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”³.

O Ministério da Saúde prevê, através da Portaria nº 104, a obrigatoriedade da notificação compulsória, que compreende a comunicação de casos novos de doenças e agravos, incluindo a violência⁴. A notificação sendo obrigatoria constitui-se num instrumento fundamental para o conhecimento do perfil da violência, possibilitando a realização de ações para a prevenção do problema. Trazendo à tona não somente o benefício aos casos singulares, como também sendo o meio de controle epidemiológico^{5,6}.

Apesar dos avanços no sentido de garantir a obrigatoriedade da notificação, ainda se trata de um fenômeno invisível na rotina dos profissionais de saúde. A subnotificação está relacionada à falta de informações técnicas e científicas do assunto. 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 e a quebra de sigilo profissional^{5,7,8}.

O desafio está no reconhecimento da violência como um tema interdisciplinar, onde a notificação transforma-se num passo primordial e numa estratégia eficiente de organização, possibilitando construir uma rede para o seu controle a partir do âmbito municipal ou estadual, em comunicação com outros órgãos^{6,8,9}.

Nesse contexto, o presente estudo visa contribuir com os profissionais de saúde, enfatizando a necessidade do reconhecimento e da obrigatoriedade

da notificação da violência, e dos meios disponíveis para a sua realização; como também, proporcionando o conhecimento do processo de encaminhamento e das medidas de proteção adequadas às vítimas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de análise documental das principais leis, portarias e programas governamentais que visam o combate à violência, assim como a segurança e proteção da vítima, num total de vinte documentos contidos na Legislação Brasileira, Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto do Idoso, em sites e publicações institucionais do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde, além do conhecimento da devida postura do profissional diante da questão nos Códigos de Ética da: Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia.

Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema, em artigos científicos, publicados no Brasil, no período de 2010 a 2014, na base de dados de textos completos na SciELO (*Cientific Library On-line*); a escolha desse período, deu-se em função de se obter opiniões mais atuais dos profissionais de saúde sobre a questão. Para o levantamento foram utilizados os seguintes descritores: Violência and Notificação - 32 artigos; Violência and Notificação and Crianças e Adolescentes – 14 artigos; Violência and Notificação and Mulheres – 4 artigos; Violência and Notificação and Homens – 2 artigos; Violência and Notificação and Idosos – 4 artigos; Violência and Subnotificação – 1 artigo, Notificação da Violência and Profissionais de Saúde – 10 artigos; Notificação da Violência and Capacitação dos Profissionais - 3 artigos. Foram incluídos na análise, os trabalhos que abrangiam a questão da violência, da notificação e do papel do profissional de saúde nesta situação. Dos 70 artigos encontrados na 1ª fase de seleção, 21 foram selecionados após a aplicação do critério de inclusão.

Para estabelecer uma análise comparativa concisa, e embasar a abordagem por meio do conhecimento do conteúdo, na visão atual de outros países, foi realizada uma pesquisa na base de dados da Pubmed, através do descritor “Notification and Violence”, sendo encontrados 14 artigos internacionais, dentro da perspectiva do estudo, porém apenas três corresponderam ao critério da seleção por apresentar também a posição do profissional diante da questão.

A análise dos documentos oficiais e artigos pautaram-se no seguinte roteiro investigativo: violência e notificação contra crianças e adolescentes, mulheres, homens e idosos; descrição das formas de notificação; principais diretrizes para a sua realização; envolvimento dos profissionais nesse processo e a utilização das fichas de notificação.

No final, foram identificados: 19 documentos - entre leis, portarias, programas governamentais e Códigos de ética (Quadro 1); 21 artigos nacionais e 3 internacionais (Quadro 2), formando um total de quarenta e três títulos, sobre o tema em discussão.

Resultados e discussão

Por meio da interpretação analítica da legislação, das portarias e dos programas governamentais, além dos códigos de ética, buscou-se evidenciar os aspectos relevantes para a notificação da violência pelos profissionais de saúde, assim como os dispositivos legais e éticos implicados na situação.

Existem no Brasil várias leis, portarias e dispositivos com concepções abrangentes e disposições jurídicas que amparam pessoas vítimas de violência, sendo importante que o poder público

se estabeleça como zelador desses direitos no sentido de garantir o seu cumprimento.

Todo o material analisado foi distribuído e discutido em cinco tópicos, de acordo com os critérios definidos na metodologia: Violência e grupos vulneráveis; A notificação da violência; Profissionais e notificação da violência; Fluxo da notificação e órgãos de acolhimento e Breve análise do uso da notificação em outros países.

Discute-se no primeiro tópico a violência contra crianças e adolescentes, mulheres, homens e idosos, e suas respectivas notificações. No segundo, a forma de registro da ocorrência da violência e a importância de sua utilização. No terceiro, as experiências e atitudes dos profissionais de saúde, em setores de atendimento e suas notificações ou subnotificações. No quarto, as normas e as diretrizes para o encaminhamento da notificação da violência e no quinto, confere-se uma pequena análise dos registros da violência em outros países, comparando com o Brasil.

Violência e grupos vulneráveis

Nos estudos incluídos nesse tópico transparecem as discussões da sociedade contemporânea voltadas para os diversos tipos de violência, suas

Quadro 1. Relação dos documentos analisados.

Ano	Documentos	Conteúdo
2002	Org. Mundial da Saúde	Relatório Mundial sobre violência e saúde.
1990	Lei nº 8069	Estatuto da Criança e do Adolescente.
2003	Lei nº 10.741	Estatuto do Idoso.
2006	Lei nº 11.340	Lei Maria da Penha.
2014	Lei nº 13.010	Lei da Palmada.
2003	Lei nº 10.778	Estabelece a Notificação Compulsória.
2011	Portaria nº 104	Define as terminologias adotadas na legislação nacional.
2001	Portaria nº 1968/GM	Dispõe sobre a notificação de maus tratos contra crianças na rede SUS.
2002	Ministério da Saúde	Guia de notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes.
2005	Ministério da Saúde	Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual.
2007	Ministério da Justiça	Orientações para criação e funcionamento do Conselho Municipal da criança e do adolescente e Conselho Tutelar.
2009	Ministério da Saúde	Manual para atendimento às vítimas da violência na rede pública.
2009	Ministério da Saúde	Guia de Vigilância Epidemiológica
2011	Ministério da Saúde	Ficha de Notificação
2011	Programa VIVA	Instrutivo da notificação da violência doméstica, sexual e outras violências.
2000	Conselho de Enfermagem	Código de Ética dos profissionais de Enfermagem
2005	Conselho de Psicologia	Código de Ética dos profissionais de Psicologia
2010	Conselho de Medicina	Código de Ética Médica
2010	Conselho de Odontologia	Código de Ética dos profissionais de Odontologia

Fonte: Pesquisa realizada pelos autores em abril/maio 2014.

Quadro 2. Relação dos artigos analisados

Ano	Autores	Artigos	Conteúdos
2012	Almeida AHV et al.	Nacional	Responsabilidade dos profissionais na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes
2012	Assis SG	Nacional	Notificações de violências domésticas
2012	Cecilio LP et al.	Nacional	Violência interpessoal
2011	Cruz SH et al.	Nacional	Vitimização por violência urbana
2011	Dantas-Berger S, Giffin KM.	Nacional	Violência na gravidez e práticas profissionais
2011	Deslandes S.	Nacional	Indicadores das ações municipais para a notificação.
2011	Garbin CAS et al.	Nacional	Violência contra crianças e registros.
2013	Kind L et al.	Nacional	Subnotificação e invisibilidade da violência contra mulheres
2011	Kiss LB, Schraiber LB.	Nacional	Violência contra mulheres no discurso dos profissionais
2011	Lima JS, Deslandes SF.	Nacional	A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes.
2010	Luna GLM et al.	Nacional	Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes
2012	Mascarenhas MD et al.	Nacional	Violência contra pessoa idosa
2011	Meneghel SN et al	Nacional	Rotas críticas de mulheres em situação de violência
2010	Minayo MCS	Nacional	Violência na agenda da saúde
2010	Monteiro FO.	Nacional	Identificação e notificação da violência contra crianças e adolescentes
2013	Moreira GAR et al.	Nacional	Conhecimento dos profissionais sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes
2010	Santos ER et al.	Nacional	Atendimento aos agravos e violências contra idosos.
2012	Schraiber LB et al.	Nacional	Assistência a mulheres em situação de violência
2013	Veloso MMX et al.	Nacional	Notificação da violência
2013	Vieira LJES et al.	Nacional	Violência contra a mulher notificada em serviços sentinelas
2011	Villela WV et al.	Nacional	Atendimento a mulheres que sofrem de violência
2013	Hegarty K et al.	Internacional	Aconselhamentos e cuidados básicos às mulheres vítimas de violência
2013	Mathur S, Chopra R.	Internacional	O papel do dentista na identificação e combate da violência contra crianças
2013	Zapata-Giraldo FF.	Internacional	Violência contra mulher por parceiro íntimo

Fonte: Pesquisa realizada pelos autores na base de dados do SciELO e PubMed em abril/maio 2014.

consequências, condições de atendimento e proteção.

A violência na maioria dos estudos é vista como um grande problema social que atinge toda a sociedade, prejudicando crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos; sendo responsável pelo adoecimento, mutilações e mortes causadas por ações realizadas por indivíduos ou grupos, provocando danos físicos, emocionais e/ou espirituais a eles próprios ou a outros; além de gerar despesas para os serviços públicos¹⁰⁻¹².

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem se preocupado com o direito e a proteção dos grupos vulneráveis, como idosos, mulheres, homens, crianças e adolescentes; sem conside-

rar o Estatuto da Criança e do Adolescente¹³, em vigência há mais de vinte anos; tanto o Estatuto do Idoso¹⁴, quanto a Lei Maria da Penha¹⁵, foram instituídos nos anos 2000. Recentemente, em 27/06/2014, foi aprovada a Lei da Palmada¹⁶, que pune os castigos que causem sofrimentos físicos em crianças.

Na reformulação da lista de doenças de notificação compulsória, em 2011, o Ministério da Saúde definiu como agravos “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”, incluindo a “violência doméstica, sexual e/outras violências” entre os

agravos a serem notificados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde⁴.

Alguns estudos demonstraram que existem em muitos atendimentos a subnotificação, pela falta de monitoramento e de orientação para um registro contínuo, padronizado e adequado sobre acidentes e violência¹⁷⁻¹⁹. Mesmo havendo um aumento dessas ocorrências, esta situação se repete quando as vítimas da violência são crianças, mulheres, homossexuais, idosos, doentes, pobres e moradores de rua, o que leva a interpretar que existem pessoas não reconhecidas como cidadãos e que carecem de direitos^{20,21}.

A notificação compulsória da violência contra crianças e adolescentes, vista de forma consensual na literatura, deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, permitindo aos profissionais de saúde, de educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça adotarem medidas adequadas^{6,8,18}.

O fenômeno da violência contra a mulher reflete as desigualdades de gêneros na sociedade e manifesta-se como um problema de saúde pública pela magnitude de sua prevalência, gravidade e recorrência, assim como pelas consequências negativas na qualidade de vida das vítimas^{10,17,22}. Segundo a Lei nº 11.340/2006¹⁵, os tipos de violência contra a mulher se manifestam nas formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Vários autores constatam que os fatores sociais contribuem para a ocorrência dos casos^{15,19}.

Apesar do avanço nos atendimentos dos casos de violência, muitas dificuldades ainda persistem no que diz respeito, tanto a qualidade da assistência oferecida, quanto a articulação dos serviços entre si. Os diversos setores de prestação de serviços como: saúde, serviço social, policial e jurídico são integrantes de uma rede pouco inter-relacionada^{2,21,22}.

O profissional de saúde deve lembrar que notificação não é denúncia, no caso de crianças vítimas de violência, a mera suspeita deve ser notificada, não só à vigilância sanitária, como também ao conselho tutelar; o mesmo se aplica aos idosos, nesse caso devendo ser notificados e encaminhados à autoridade policial, Ministério Público ou Conselho do Idoso. Para mulheres não é necessário notificar a suspeita, sendo compulsória apenas quando o fato for confirmado. E, nos casos em que a vítima seja homem, embora não especificado na lei, fica implícito que também devem ser notificados os casos confirmados, uma vez que toda violência interpessoal é objeto da norma²³.

A organização institucional pode constituir-se num grande diferencial para o enfrentamento da violência, pois, se adequadamente comprometida com a defesa e a segurança dos cidadãos, poderá fomentar e dar sustentação ao processo como um todo e ao envolvimento dos profissionais, bem como propiciar a estes um preparo adequado^{18,24,25}.

A notificação da violência

Os títulos aqui catalogados apresentam em comum a discussão dos aspectos que envolvem o diagnóstico e reconhecimento da violência e sua devida notificação. A ficha de notificação é uma ferramenta utilizada como vigilância epidemiológica na área de saúde²⁶. A ausência de um sistema de registro dos casos de violência em saúde constitui-se numa enorme limitação em termos de informação²⁷.

A ficha de notificação possui questões que estão subdivididas em campos, englobando dados de identificação, dados detalhados da ocorrência, dados sobre evolução e encaminhamento, no setor de saúde e fora dele, além da circunstância da lesão definida pelo CID 10 (Código International de Doenças)²⁷.

A notificação da violência segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já utilizada na saúde pública, o seu trâmite deverá iniciar na unidade de saúde notificadora para os órgãos competentes, para as providências legais e cabíveis. As principais vantagens da notificação são: possibilitar a viabilização de um sistema de registro com informações mais fidedignas; verificar se o atendimento às vítimas está sendo incorporado às rotinas institucionais²⁷.

No Brasil, o registro de situações de violência familiar é fragmentado, o que provoca prejuízo para uma rotina clara e eficaz, ocasionando deficiências nos procedimentos a serem seguidos pelos profissionais e instituições^{24,25,28}. Além disso, há carência de políticas públicas eficazes que viabilizem a criação e, principalmente, a manutenção de programas preventivos e de tratamento, necessários para promover o aprimoramento e evolução de técnicas para o enfrentamento dessa problemática^{22,25}.

O aumento da violência no Brasil contribuiu, a partir da última década, para o desenvolvimento de estudos e programas voltados para o combate e prevenção dessas agressões. Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), no

âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), configurado em dois aspectos: VIVA Contínuo – relativo à vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas; e VIVA Sentinel – relativo à vigilância de violências e acidentes e emergências hospitalares; como recurso para avaliar de forma mais ampla o impacto da violência no país²⁹.

Embora seja clara quanto à obrigatoriedade de notificar, a legislação brasileira não dispõe de uma boa orientação aos profissionais. Nesse sentido, torna-se necessário o treinamento e a articulação entre os profissionais de saúde, assistentes sociais, advogados, psicólogos, profissionais da educação, dentre outros, para um trabalho interdisciplinar na prevenção e combate da violência^{8,18,28}.

A notificação da violência amplia a ‘visibilidade’ dos fenômenos e processos sociais complexos, reforçando as atitudes dos profissionais de saúde, tanto para o reconhecimento das condições sociais, de direitos humanos e de justiça social envolvidos, quanto para avançarem na identificação e tratamento dos agravos físicos, psíquicos e sexuais decorrentes da violência^{17,20,28}.

Profissionais e notificação da violência

Se para viver em sociedade precisa-se obedecer a regras e normas, no exercício da profissão não é diferente. Nesse contexto, além do dever de observância das regras gerais aplicadas a todos os cidadãos, o profissional deve atuar de acordo com as orientações normativas específicas e inerentes à função que exerce.

Esses mandamentos emanados por normas, gerais ou específicas, impostas pelo Estado e estabelecidos por atos normativos dos Órgãos de Fiscalização Profissional, são de cumprimento obrigatório. Isto significa que o seu descumprimento pode acarretar sanções de natureza jurídica e ético-disciplinar³⁰⁻³³.

O sistema adotado pelo Código de Ética das profissões no campo da saúde fundamenta-se na responsabilidade deônica, isto é, em um conjunto de deveres e obrigações. A grande maioria dos códigos não traz explicitamente a notificação da violência como um dever do profissional, no entanto, cita a responsabilidade em promover a saúde e a qualidade de vida, respeitando os direitos humanos³⁰⁻³³.

A responsabilidade jurídica do profissional de saúde com relação ao preenchimento da ficha de notificação encontra-se na Lei Federal nº 10.788, que em seu artigo 5º preconiza: “A inobservância

das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis²³. Pela interpretação deste artigo pode-se dizer que além do previsto na parte penal, o profissional de saúde também ficaria sujeito às penas previstas no seu Código de exercício profissional.

A subnotificação nos casos de violência é um problema grave, sobretudo quando sabe-se que as ações e políticas públicas para o enfrentamento da questão, têm como base os dados epidemiológicos. Ao se revelar como uma realidade pouco ou mal conhecida, essa situação acaba por configurar-se invisível, operando, em nível estrutural, como mais uma forma de violência¹⁷.

As principais causas da subnotificação vão desde a falta de capacitação dos profissionais e ameaças que sofrem dos autores das violências, até às questões estruturais, relacionadas com a atuação insatisfatória dos órgãos competentes, nos serviços de retaguarda e no cumprimento de medidas protetivas, adequadas às vítimas^{5,7,8,34}.

Estes não são os únicos desafios para o enfrentamento da violência, as políticas e planos desenvolvidos por Estados e Municípios, deveriam contemplar as características específicas dessas violências, em cada localidade, como também, promover a integração dos mecanismos de registros dessas ocorrências, possibilitando o desenvolvimento e consolidação das ações que forem implementadas³⁵.

Como instrumento eficaz de política pública, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde, no âmbito das ações contra a violência, contribuindo para o seu dimensionamento e assegurando a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas. Uma atuação preventiva no sentido de combater a violência é altamente relevante, pois além de minimizar as ocorrências, evita a perda da qualidade de vida e dos gastos elevados nos serviços de atendimento^{8,9,36,37}.

Estudos realizados em vários locais do Brasil revelam as dificuldades encontradas pelos profissionais para efetuar a notificação, segundo os pesquisadores, existem problemas na rede de serviços, nas regulamentações técnicas e nos mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar. A ausência de respaldo da instituição, em caso de notificação, para com o profissional, gera insegurança e descrédito nas redes de apoio, pois estas encontram-se desarticuladas^{24,28}.

Torna-se relevante o incremento de programas de formação continuada para os profissio-

nais de saúde, no sentido de prepará-los para o entendimento do fenômeno da violência em sua complexidade e para o esclarecimento das noções legais, superando suas resistências e ultrapassando aspectos e abordagens fisiopatológicas da questão. Pois, a notificação coloca para fora dos limites do serviço de saúde o problema ali detectado e convoca parcerias, cuja ação tem se mostrado imprescindível nesta área^{25,28}.

A inexistência de um sistema nacional que integre os dados das várias áreas envolvidas na proteção das vítimas da violência é o principal entrave para que o Brasil combatá as violações dos direitos dessas pessoas. A intersectorialidade das ações e a formação de redes para o atendimento das vítimas da violência constituem-se como indispensáveis para a condução de ações de prevenção e promoção da saúde e da qualidade de vida³⁵.

Fluxo da notificação e órgãos de acolhimento

Neste tópico estão as diretrizes e normas legais para encaminhamento da notificação da violência, complementados com alguns estudos sobre o tema.

A compreensão das características epidemiológicas da violência é o primeiro passo para definir a atuação e ampliar as possibilidades de prevenção. Quando for diagnosticada a violência, o profissional deverá acionar as instâncias competentes, para reverter a situação e garantir a integridade e os direitos da vítima^{8,11}.

Geralmente, a violência reincide por falta de ações adequadas das instituições recorridas, sendo este caminho nomeado como “rota crítica” por pesquisadores da Organização Panamericana de Saúde, e está repleto de desencontros, desestímulos e falta de acesso a advogados, delegacias e outras instituições²¹. Os serviços de saúde têm o dever de acolher e apoiar, ao invés de ser mais um obstáculo para as vítimas.

O conhecimento dos serviços disponíveis é imprescindível para que os profissionais tenham uma postura adequada no atendimento às vítimas das agressões. A Organização Mundial da Saúde³ estabeleceu os padrões de violência, distribuindo em três categorias: violência dirigida a si mesmo ou autoinfligida; violência interpessoal e violência coletiva. Os atos de violência são caracterizados de acordo com a natureza das agressões, que podem ser: física, sexual, psicológica e de negligência ou privação, podendo ocorrer em cada uma das categorias, com exceção da violência autoinfligida. A notificação de cada situação deve seguir uma trajetória específica, isto é, de acordo com o caso diagnosticado pelo profissional de saúde¹² (Figura 1).

Após o acolhimento da vítima, o profissional de saúde deverá preencher a Ficha de Notificação em duas vias, encaminhá-las ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV, da Unidade de Saúde, conforme as legislações: Estatuto da Criança e do Adolescente¹³- Lei nº 8.069; Notificação da Violência contra Mulher²³- Lei nº 10.778 e Estatuto do Idoso¹⁴- Lei Federal nº 10.741. Cabe ao Ser-

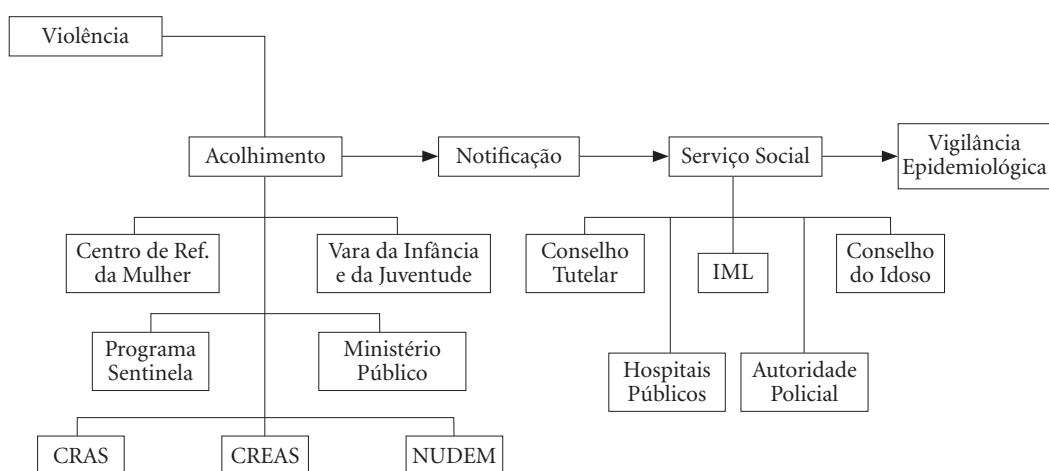


Figura 1. Meios de encaminhamento da notificação e acolhimento da vítima de violência.

viço Social a responsabilidade pelo encaminhamento da notificação ao Sistema de Vigilância Epidemiológica³⁸, Conselho Tutelar ou demais órgãos competentes^{39,40}.

Os casos envolvendo criança ou adolescente deverão ser notificados ao Conselho Tutelar do local de moradia da vítima. Na falta deste, encaminhar para a Vara da Infância e Juventude. Em situações de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, notificar à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA ou à Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde^{41,42}.

Os casos de violência contra o idoso deverão ser encaminhados para a Delegacia de Polícia mais próxima do Centro de Saúde e para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Se a violência for contra a mulher, o profissional deverá orientá-la a realizar a Notificação na Delegacia de Polícia ou DEAM.

A notificação a depender do caso seguirá para a instituição competente, como: Vigilância Epidemiológica, Autoridade Policial, Instituto Médico Legal e Hospitais Públicos, Conselho de Idoso, Conselho Tutelar e Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, a partir daí, serão dados os direcionamentos inerentes a cada situação:

- Vigilância Epidemiológica: independente da notificação da violência, todos os casos deverão ser cadastrados nesse sistema, para obter a dimensão do problema e subsidiar ações para seu enfrentamento, com base no direito à saúde e à vida³⁸.

- Autoridade Policial: Delegacias de Polícia e Especializadas no atendimento à criança e ao adolescente, à mulher, ao homem e ao idoso. Onde são realizadas as ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, como o Boletim de Ocorrência, instauração do inquérito e a solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência.

- Instituto Médico Legal (IML): realiza exames de corpo de delito e outras perícias como: exame de lesões corporais; de constatação: de embriaguez ou intoxicação por substância de qualquer natureza; de violência sexual; de sanidade mental, de idade, de doença sexualmente transmissível, e todas as demais perícias que interessem à Justiça.

- Hospitais Públicos: oferecem atendimentos e serviços a qualquer cidadão vítima de violência, desde o acolhimento até a coleta de vestígios da violência sofrida.

- Conselho do Idoso: presta atendimento a pessoas com idade de 60 anos em diante, orien-

tando e conduzindo as denúncias e notificações, para a resolução dos problemas de discriminação e violação dos direitos da pessoa idosa, atuando em parceria com órgãos governamentais e não governamentais.

- Conselho Tutelar: Define as medidas de proteção para crianças e adolescentes, garante os seus direitos e direciona para os órgãos competentes³⁹.

- Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM): efetua ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, dentre estas estão: registro de Boletim de Ocorrência, instauração do inquérito e solicitação ao juiz das medidas protetivas de urgência, em situações de violência contra as mulheres.

Nos casos em que as vítimas necessitem de auxílio ou acolhimento recorre-se aos seguintes órgãos: Ministério Público, Centro de Referência de Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Centro de Referência da Mulher em situação de violência, Vara da Infância e da Juventude, Programa Sentinelas e Núcleo de Defensoria especializada no atendimento à mulher⁴⁰.

- Ministério Público: defende os direitos sociais e individuais indisponíveis aos cidadãos (direito à vida, dignidade, liberdade, etc.), atuando nos casos com base na Constituição e nas leis federais.

- Centro de Referência da Mulher em situação de violência: oferece atendimento e acompanhamento psicológico, social, jurídico, além de orientação e informação às mulheres em situação de violência sobre os diferentes serviços disponíveis, para prevenção, apoio e assistência.

- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS): efetua serviços de proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistenciais. É a principal porta de entrada dos usuários à rede de proteção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS): efetua serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos.

- Vara da Infância e da Juventude: toma providências quando os direitos da criança forem ameaçados ou violados; sendo reconhecida a situação de risco do menor, pode destituir o poder familiar, como previsto no art.148 da Lei 8.069/90¹³.

- Programa Sentinelas: presta assistência, por meio de um conjunto articulado de ações, a crianças e adolescentes vitimados pela violência

com ênfase no abuso e exploração sexual, além de criar condições para o resgate e a garantia dos seus direitos.

- Núcleo de Defensoria especializada no atendimento à mulher (NUDEM): presta atendimento jurídico à mulher de baixa renda em situação de violência, orientando-a e defendendo-a em juízo, em todas as instâncias.

Torna-se imprescindível que o profissional de saúde tenha conhecimento amplo e consistente sobre a problemática da violência, para cumprir com o seu compromisso ético e legal. Portanto, ele deve comunicar oficialmente aos órgãos pertinentes, os casos suspeitos ou confirmados de violência contra as crianças, adolescentes, adultos ou idosos, com vistas à prevenção do problema, acompanhamento e proteção das vítimas.

Breve análise do uso da notificação em outros países

Os estudos desse grupo relatam experiências de notificação da violência em outros países, procurando estabelecer uma comparação com os padrões usuais no Brasil.

Segundo Lima e Deslandes¹⁸, nos Estados Unidos, a notificação da violência acontece há mais de 30 anos, os profissionais de saúde e de outras áreas da política social são os principais responsáveis legais por notificar. Ficando estabelecido o prazo de até 48 horas para iniciar a investigação sobre a veracidade da notificação, por meio das agências de proteção, com o prazo máximo de seis meses para a conclusão. São aplicadas punições, civis ou criminais, para os cidadãos que deixam de notificar uma situação de violência^{8,9}.

Ainda, segundo os autores¹⁸, numa pesquisa realizada em trinta países, observou-se que apenas a metade das nações desenvolvidas e um terço dos países em desenvolvimento dispunham de registros centralizados; em países como Estados Unidos, França e Alemanha, a coleta de dados é fragmentada e com escassa comparabilidade.

A legislação sobre a violência no Brasil tem como referência o modelo americano, quanto à obrigatoriedade de notificar, à necessidade de encaminhamento da notificação a um organismo designado em lei e à punição para o profissional que não notificar. No entanto, os registros ficam comprometidos em decorrência do medo de retaliações, dificuldade ou constrangimentos de preencher a ficha, sobrecarga no cotidiano do serviço e dificuldade em lidar com os casos, entre outros^{18,41}.

Os artigos internacionais selecionados abordam temas relativos a violência contra crianças e mulheres. Foi constatado em estudo que na Índia, existe uma alta frequência de agressões contra crianças, principalmente, lesões faciais associadas aos maus tratos, com graves consequências físicas e psíquicas. Os cirurgiões-dentistas são os profissionais que têm maiores condições de detectar essas violências e a notificação é obrigatória, contribuindo para uma melhor assistência e proteção às vítimas⁴³.

Por meio de pesquisa realizada em banco de dados do sistema de vigilância epidemiológica, em Quindío, na Colômbia, sobre os fatores de risco para a violência praticada em mulheres por parceiros, verificou-se que a ocorrência da maioria das agressões foi contra mulheres jovens, principalmente, de natureza física e sexual, motivada pelo consumo do álcool e outras drogas, com consequências graves, tanto físicas quanto psicológicas. Por ser esse fenômeno, social e urbano, cada vez mais reincidente, os autores indicam a necessidades intervenções para minimizar a situação⁴⁴.

Alguns autores evidenciam os benefícios em atendimentos na atenção básica, com intervenções e aconselhamentos para mulheres agredidas por parceiros íntimos. Trabalho realizado em Victoria, na Austrália, onde médicos foram treinados para este atendimento, para a realização das notificações e para as sessões de aconselhamento. Como resultado, obtiveram menor índice de depressão e melhor qualidade de vida das vitimadas⁴⁵.

Diversos estudos relatam situações de violência e alertam quanto à necessidade de pesquisas mais aprofundadas, que norteiem ações mais eficazes, para conter a situação e garantir a segurança das vítimas. Dentre essas ações destacam a capacitação dos profissionais de saúde, como fator preponderante para diagnosticar a violência, notificar e conduzir adequadamente os casos^{43,44,45}.

A conscientização da importância da notificação, a quebra de paradigmas e o treinamento contínuo no diagnóstico de situações de violência, trazem subsídios para a construção de políticas públicas em saúde mais eficazes, contribuindo para a solução de um expressivo problema da sociedade.

Considerações finais

A violência apresenta-se como grave ameaça à vida da população, sendo oportuno destacar que,

por meio da notificação, cria-se um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação, fundamental para uma intervenção menos burocrática e mais eficiente dos casos.

Espera-se que este estudo contribua para um melhor entendimento sobre a questão da violência, confirmando a importância da notificação e a possibilidade de uma assistência consubstancial na responsabilidade dos profissionais, no intuito de se obter resultados satisfatórios que reduzam esses problemas e evitem sequelas nas pessoas vitimadas.

Colaboradores

CAS Garbin concebeu a ideia inicial, fez leitura crítica e seleção dos artigos, participou da redação e revisão do artigo. IA Dias e TAS Rovida contribuíram no levantamento bibliográfico, leitura crítica e seleção dos artigos, e redigiram parte da redação. AJI Garbin colaborou com leitura crítica e seleção dos artigos, organização e revisão da redação.

Referências

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cien Saude Colet* 2010; 11(Supl.):1259-1267.
2. Dantas-Berger SM, Giffin KM. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(37):391-405.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS; 2002.
4. Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário International 2005 (RSI 2005). *Diário Oficial da União* 2011; 26 jan.
5. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1263-1272.
6. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev. Bras. Enferm.* 2011; 64(4):665-670.
7. Moreira GAR, Vasconcelos AA, Marques LAM, Vieira LJES. Instrumentação e conhecimento dos profissionais da equipe saúde da família sobre a notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes. *Rev. paul. pediatr.* 2013; 31(2):223-230.
8. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse TO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol* 2012; 48(2):102-115.
9. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira MI, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):113-123.
10. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss, L. Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital* 2012; 12(3):237-254.
11. Cecilio LP, Garbin CAS, Rovida TAS, Queiróz APDG, Garbin AJI. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(2):293-304.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal*. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2009. [acessado 2013 ago 12]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio>
13. Brasil. Lei nº 8069/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 16 e 27 jul.
14. Brasil. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2003; 3 out.
15. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 8 ago.
16. Brasil. Lei nº 13.010/14, de 27 de junho de 2014. Lei da Palmada. Dispõe sobre os direitos da criança e adolescentes serem educados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante. *Diário Oficial da União* 2014; 27 jun.
17. Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1805-1815.
18. Lima JS, Deslandes SF. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38):819-832.
19. Vieira LJES, Ferreira RC, Moreira GAR, Gondim APS, Araújo MAL, Silva RM. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinelas. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2013; 21(4):326-343.
20. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedorosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2331-2341.
21. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collazoli M. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):743-752.
22. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cien Saude Colet* 2011; 16(3):1943-1952.
23. Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
24. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):481-491.
25. Monteiro FO. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. *Serv. Soc. Soc.* 2010; 103:476-502.
26. Ficha de notificação/Investigação individual. Ministério da Saúde, 2011. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf

27. Ministério da Saúde (MS). *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: MS; 2002.
28. Assis SG. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2305-2317.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências*. Brasília: MS; 2011.
30. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 240 de 30 de agosto de 2000. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [resolução na internet]. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=70698§ionID=34>
31. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1246 de 08 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. [resolução na internet]. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: <http://www.Cremesp.org.br/siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=240&tipo=RESOLU%C7%C30&órgão=Conselho%20Federal%20de%Medicina&numero=1246>
32. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 42 de 20 de maio de 2010 . Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais da Odontologia. [resolução na internet]. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf
33. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 010 de 21 de julho de 2005. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais da Psicologia [resolução na internet]. [acessado 2013 mar 12]. Disponível em: http://www.crpssp.org.br/a_orian/codigo/fr_codigo_etica_index_new.htm
34. Cruz SH, Azevedo MR, Gonçalves H. Vitimização por violência urbana em uma cidade de médio porte do sul do Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2011; 14(1):15-26.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: MS; 2013
36. Deslandes S. Indicadores das ações municipais para a notificação e o registro de casos de violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8): 1633-1645.
37. Santos ER, Souza ER, Ribeiro AP, Souza AMM, Lima RTS. Cenário do atendimento aos agravos provocados por acidentes e violência contra idosos na rede SUS de Manaus. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2741-2752.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: MS; 2009.
39. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDU); Conselho Nacional dos Direitos da Criança (CONANDA). *Orientações para criação e funcionamento: Conselho Municipal da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar*. Brasília: Pró-Conselho Brasil; 2007.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal*. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2009. [Acessado em: 2013 ago 12]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio>.
41. Portaria n.º 1968/GM, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2001; 26 out.
42. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: MS; 2005. (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 7)
43. Mathur S, Chopra R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent* 2013; 11(3):243-250.
44. Zapata-Giraldo FF. Intimate partner violence in the Quindío, Department of Colombia. *Rev Salud Publica* (Bogota) 2013;15(2):247-257.
45. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, Astbury J, Taket A, Gold L, Feder G, Gunn J. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 382(9888):249-258.

Artigo apresentado em 07/05/2014

Aprovado em 24/10/2014

Versão final apresentada em 26/10/2014