

Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação

Domestic violence against women and PHC professionals: positive predisposition to approach and difficulties with notification

Violencia doméstica contra las mujeres y profesionales de la APS: predisposición al abordaje y dificultades con la notificación

Alessandra de Cássia Leite¹ , Bruno José Barcellos Fontanella¹ 

¹ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil.

Resumo

Introdução: As notificações de casos de violência doméstica contra a mulher são essenciais para o dimensionamento epidemiológico dessa questão. As unidades de saúde brasileiras devem realizá-las, embora essas notificações compulsórias tenham sido repetidamente apontadas pela literatura da área da saúde como não efetivadas ou realizadas com muitas incompletudes.

Objetivos: Contribuir para compreender as dificuldades subjetivas de notificar a violência doméstica contra a mulher por profissionais da atenção primária à saúde no Brasil. **Métodos:** Uma amostra intencional de 14 profissionais da atenção primária à saúde foi entrevistada; eles tinham diferentes formações educacionais e trabalhavam em uma cidade do interior do estado de São Paulo, Brasil. As transcrições das entrevistas semiestruturadas, com questões abertas, foram submetidas a uma análise de conteúdo. **Resultados:** A análise resultou em seis categorias temáticas: falta de conhecimento dos meios de notificação; serviços de saúde “apropriados” para notificar; boletim de ocorrência policial como principal instrumento de notificação; a notificação seria opcional; o papel da notificação para a prevenção; e a burocracia excessiva. **Discussão:** Levanta-se a hipótese de uma oposição entre uma disposição atitudinal positiva para atender as mulheres vítimas de violência e aprender como relatar essas situações e, por outro lado, a falta de preparação profissional para realizar as notificações; a oposição entre notificar e denunciar também é discutida, dada a ambiguidade dos termos utilizados na ficha de notificação e no próprio Código Penal brasileiro. Discute-se também se a violência contra a mulher é considerada pelos entrevistados como uma questão de atenção básica à saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Pesquisa Qualitativa; Notificação

Autor correspondente:

Bruno José Barcellos Fontanella.
E-mail: bruno.fontanella@gmail.com

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
258/2010 (UFSCar), aprovado em
14/07/2010.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 25/03/2019.
Aprovado em: 16/08/2019.

Como citar: Fontanella BJB, Leite AC. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019;14(41):2059. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2059](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2059)



Abstract

Introduction: Reports of cases of domestic violence against women are essential for the epidemiological dimensioning of this issue. Brazilian health units must carry them out, although these mandatory reporting have been repeatedly pointed out as not been made effective or done with many incompleteness. **Objectives:** To contribute to understand the subjective difficulties of reporting domestic violence against women by Brazilian primary health care professionals. **Methods:** A purposive sample of 14 primary health care professionals were interviewed; they had different educational backgrounds and worked in a countryside city of the state of São Paulo, Brazil. The transcripts of the semi-structured interviews, with open questions, underwent a content analysis. **Results:** The analysis resulted in six thematic categories: lack of knowledge of the means of notification; "appropriate" health services to notify; a police incident report as the main instrument of notification; notification would be optional; the role of notification for prevention and excessive bureaucracy. **Discussion:** The discussion raised the hypothesis of an opposition between an attitudinal readiness to serve women victims of violence and learn how to report these situations and, on the other hand, the lack of professional preparation to carry out the notifications; the opposition between to notify and to denunciate is also discussed, given the ambiguity of the terms used in the notification form and in the Brazilian Penal Code itself. Finally, it is discussed if violence against women is considered by the interviewees as a question for basic health care.

Keywords: Primary Health Care; Violence Against Women; Domestic Violence; Qualitative Research; Notification

Resumen

Introducción: Las notificaciones de casos de violencia doméstica contra las mujeres son esenciales para el dimensionamiento epidemiológico de este tema. Las unidades de salud brasileñas las deben llevar a cabo, aunque estos informes obligatorios se han señalado repetidamente en la literatura en el área de la salud como no efectivas o llevadas a cabo de forma incompleta. **Objetivos:** Contribuir a comprender las dificultades subjetivas de notificarse la violencia doméstica contra las mujeres por parte de los profesionales de atención primaria a la salud. **Métodos:** Se entrevistó a una muestra intencional de 14 profesionales de atención primaria a la salud; tenían diferentes formaciones educacionales y trabajaban en una ciudad del interior del estado de São Paulo, Brasil. Las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas, con preguntas abiertas, se han sometido a un análisis de contenido. **Resultados:** El análisis resultó en seis categorías temáticas: falta de conocimiento de los medios de notificación; servicios de salud "adecuados" para notificar; un informe de incidente policial como principal instrumento de notificación; la notificación sería opcional; El papel de la notificación para la prevención y la burocracia excesiva. **Discusión:** La discusión planteó la hipótesis de una oposición entre una disposición actitudinal positiva para servir a las mujeres víctimas de la violencia y aprender cómo notificar estas situaciones y, por otro lado, la falta de preparación profesional para llevar a cabo las notificaciones; también se discute la oposición entre notificar y denunciar, dada la ambigüedad de los términos utilizados en la ficha de notificación y en el propio Código Penal brasileño. Finalmente, se discute si la violencia contra las mujeres es considerada por los entrevistados como un problema de la atención básica a la salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Violencia contra la Mujer; Violencia Doméstica; Investigación Cualitativa; Notificación

Introdução

Notificar os casos de violência dirigida à mulher no âmbito privado da vida doméstica é imprescindível para o dimensionamento epidemiológico destas ocorrências e para o aprimoramento da política pública de prevenção.^{1,2}

Trata-se de uma problemática de abordagem intersetorial que repercute intensamente no trabalho dos profissionais de saúde, que continuamente enfrentam dilemas éticos ao realizar escolhas práticas durante os atendimentos dessas mulheres.³ Fatores que vão desde os de natureza profissional (como a falta de preparo técnico para identificação e manejo dos casos) até os de natureza cultural (como a ideia de que a violência conjugal é um problema apenas da esfera íntima) podem fazer com que os profissionais subestimem a complexidade da situação,² explicando, pelo menos em parte, a frequente subnotificação de casos.⁴ Também é possível haver um insuficiente domínio de conceitos legais, levando o profissional a agir de acordo apenas com seus conhecimentos de senso comum.⁵

Entretanto, os profissionais de saúde estão compelidos legalmente a notificar, sendo compulsória a notificação, em caráter sigiloso, em todo território nacional, os casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.⁶

Além das obrigações legais, as tradições e expectativas sociais sobre os papéis dos profissionais de saúde, representados por seus respectivos códigos de ética no Brasil, os impele no mesmo sentido. Em todos os códigos, embora não haja menções explícitas à mulher em situação de violência, há elementos que indicam a necessidade de atenção para as situações de violência.⁷⁻¹²

O contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) provavelmente adiciona dificuldades ainda maiores à atuação clínica dos profissionais, pois eles são frequentemente os primeiros a atender as vítimas, muitas vezes ainda não abordadas por serviços de outros setores e, assim, ainda insuficientemente caracterizadas como vítimas de violência.

A Estratégia de Saúde da Família, promovendo a proximidade longitudinal com todos os membros familiares, possivelmente acrescenta ainda mais embaraços a esta primeira avaliação. Os profissionais expõem-se a medos e possibilidades de ameaças físicas e psicológicas,^{13,14} o que provavelmente influencia suas subjetividades enquanto avaliam. Entretanto, são respaldados legalmente para notificar sigilosamente, sem que a identidade da vítima seja veiculada fora do sistema de saúde,² pois os dados alimentam exclusivamente o sistema de vigilância epidemiológica SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

Diante dessas questões, o objetivo geral da presente pesquisa foi compreender algumas das significações psicoculturais presentes entre os profissionais da APS sobre a questão da violência doméstica dirigida a mulheres. No presente artigo, abordamos um dos objetivos específicos: compreender suas ideias e dificuldades acerca da notificação sanitária desses casos.

Métodos

Foi feito um estudo qualitativo, buscando sondar aspectos da problemática exposta na Introdução. A coleta de dados recorreu a *entrevistas individuais semiestruturadas, com questões abertas*.¹⁵ Houve uma questão norteadora (*o que lhe vem à cabeça sobre sua experiência de ter interagido, ou vir a interagir, como profissional de saúde, com mulheres vítimas de violência doméstica?*) seguida da proposição de oito questões mais específicas. No presente texto, abordamos apenas a questão sobre notificação (*o que você pensa sobre a notificação de situações de violência doméstica contra a mulher?*). A essas perguntas abertas, seguiram-se outras para detalhamento, de acordo com o andamento de cada entrevista.

A amostragem foi intencional e o número final de participantes foi fechado pela técnica de saturação teórica.^{16,17} Os critérios de inclusão foram exercer atividade clínica na APS e ter ao menos seis meses de experiência profissional neste contexto de atenção à saúde.

Foram seguidos os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente à época da coleta de dados. Foi obtida a autorização do secretário municipal de saúde para que a pesquisa fosse empreendida nas Unidades Básicas de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Aprovado o protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética da universidade a que os autores se vinculam (parecer nº 258/2010, de 14/07/2010), os profissionais foram contatados e autorizaram formalmente suas participações, mediante leitura, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram agendadas conforme a preferência dos participantes.

Destes procedimentos, resultaram 14 entrevistas, realizadas de novembro de 2010 a setembro de 2011. Elas foram integralmente transcritas e depois realizou-se uma análise de conteúdo temática:¹⁸ leituras atentas das transcrições para familiarização com o *corpus*, codificação dos elementos ideativos presentes nas falas dos participantes (com inferências sobre questões psicológicas e socioculturais que estariam presentes nas entrevistas) e, por fim, a formulação de temas.

Resultados

A amostra de participantes configurou-se heterogênea e diversificada quanto a variáveis sociodemográficas e profissionais (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da amostra.

Variável		N (total =14)
Sexo	Feminino	09
	Masculino	05
Estado civil	Solteira (o)	02
	Casada (o)	10
	Viúva	01
	Separada	01
	Nenhum	04
Filhos	Um	06
	Dois	04
	Médio completo	04
Escolaridade	Superior completo	10
	Idade	23 a 55 (mediana = 44)
Cor da pele (declarada)	Branca	13
	Negra	01
Religião	Católica	10
	Espírita	02
	Evangélica	01
	Nenhuma	01
Profissão	Auxiliar de enfermagem	01
	Técnica de enfermagem	03
	Enfermeira (o)	03
	Farmacêutica	02
	Médico (a)	03
	Odontólogo (a)	02
	Até dois anos	01
Tempo de formado	Três a cinco anos	03
	Seis anos ou mais	10
	Até um ano	04
Tempo na APS	Quatro ou cinco anos	01
	Mais que cinco anos	09

Foram identificados seis temas correspondentes à pré-categoria *notificação*. O Quadro 1 expõe em quais entrevistas eles ocorreram, mostrando o primeiro momento em que um determinado tipo de tema surgiu (“N” = novo) e as eventuais recorrências deste mesmo tipo de tema nas demais entrevistas (“r” = recorrências). A partir da décima entrevista, não observamos novos tipos de temas. Considerou-se, deste modo, que o desenvolvimento teórico desta pré-categoria estaria “saturado” na 10ª entrevista, tendo as demais entrevistas sido feitas para que se constatasse que, de fato, não surgiriam novos temas e, também, porque outras pré-categorias ainda se beneficiavam da coleta de novos dados.

Quadro 1. Ocorrências e recorrências de temas identificados nas entrevistas.

Temas	Ocorrências nas entrevistas														Total de recorrências
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	
Desconhecimento dos meios de notificação	N	r		r		r		r		r		r	r	r	9
Serviços de saúde “apropriados” para notificar		N	r	r	r	r			r	r	r	r	r		10
“B.O.” como principal instrumento de notificação/APS como local para realizá-lo		N			r	r	r	r	r		r	r			8
Facultatividade da notificação		N							r		r				3
Papel da notificação para prevenção										N					1
Burocracia excessiva										N					1
Novos temas, por entrevista	1	4	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	

N: novo tema (primeira ocorrência ao longo da coleta de dados); r: recorrências do tema; APS: Atenção Primária à Saúde; BO: Boletim de ocorrência policial.

O Quadro 2 expõe algumas frases dos entrevistados, ilustrativas dos seis temas formulados.

Uma das mais frequentes dificuldades relatadas foi o *desconhecimento* dos recursos que deveriam estar disponíveis para que procedessem às notificações. Isto pareceu independe da formação profissional recebida, como se verifica nas frases presentes no Quadro 2. O formulário de notificação não pareceu fazer parte de seus cotidianos de trabalho.

Sobre se a APS deveria também se responsabilizar pela notificação, alguns entrevistados manifestaram acreditar haver *locais apropriados* (serviços de saúde específicos), para realizar esse procedimento. Diferentemente da maior parte dos outros participantes, na fala de I. está presente, corretamente, a ideia de um instrumento específico para realizar a notificação sanitária, contrapondo claramente as notificações dos serviços de saúde e aquelas feitas pelo setor de segurança pública. No entanto, também para esta entrevistada, esse instrumento seria utilizado apenas em alguns serviços ou em outros locais específicos.

As falas de C. e D., transcritas no mesmo Quadro 2, ilustram o pensamento de grande parte dos entrevistados, em que há confusão entre notificações policiais de ocorrência (BO) e aquelas que seriam preenchidas com finalidades de vigilância epidemiológica. A associação da ideia de “denunciar” com a ideia de “notificar” foi a tônica prevalente, parecendo haver uma tendência a pensar os registros de violência como algo exclusivamente da esfera policial, questão discutida adiante. Na fala de G., por exemplo, menciona-se “chamar a polícia” no próprio serviço de APS, com as possíveis consequências mencionadas por duas outras participantes (E. e B.).

Quadro 2. Enunciados ilustrativos dos temas formulados.

Desconhecimento

“Nunca vi nenhuma notificação ou algum funcionário parar e falar: ‘isso aqui é uma violência doméstica, vou preencher esse formulário.’” (J., médico)

“Não conheço na área da saúde se tem algum boletim de notificação de violência, eu nunca vi, até gostaria de saber.”

(F., enfermeiro)

“Se tem realmente, não sei. A polícia veio, a mulher fez o boletim de ocorrência, mas parou aí.” (D., técnica de enfermagem)

“Não sei... como se faz isso?” (B., farmacêutica)

Serviços de saúde “próprios” para atendimento

“PS... lá toma as providências, notificar, chamar as autoridades policiais, alguma coisa assim.” (C., técnica de enfermagem)

“No PS mesmo, tem. Quando trabalhei lá, tinha, a gente fazia toda a notificação, independente se ela tivesse feito o BO.”

(I., enfermeira)

B.O. como principal instrumento, inclusive na APS

“O único instrumento de notificação é chamar a polícia. Que eu conheça, só o boletim de ocorrência.” (G., enfermeira)

“Boletim de ocorrência, que a mulher vai lá e faz contra o marido, porque foi espancada. Acho que é a única notificação.”

(H., auxiliar de enfermagem)

“Deveria acionar a delegacia da mulher, ela vai vir aqui, acompanhar a mulher.” (D., técnica de enfermagem)

“Pode envolver sentimento de raiva, dele por ela. Ele sai de lá com mais raiva ainda e aí qualquer situação que acontecer é motivo pra agredir de novo.” (E., técnica de enfermagem)

“Ajudar, mas não na maneira que elas não estão querendo, não de denunciar, de correr na frente, arrumar confusão.” (B.)

Facultatividade da notificação

“Vai muito da vontade da agredida querer fazer algum tipo de notificação, de boletim de ocorrência, de realmente querer que o agressor seja punido.” (K.)

“Todos os casos deveriam ser notificados, mas acho que até hoje tem uma certa resistência da paciente agredida.” (F.)

“De repente a pessoa [paciente] pode pecar por omissão, se não permitir [a notificação]. Pode ser omissa no caso.”

(B., farmacêutica)

Importância para efetivação das políticas públicas

“Esses profissionais da saúde deveriam ter treinamento para interagirem junto com o caso, para levantarem o maior número de dados possíveis para serem notificados e esses dados entrarem na notificação do município. (...) em cima desses dados aí, a secretaria da saúde iria fazer um trabalho junto à família, junto à comunidade.” (J., médico)

Burocracia excessiva

“A burocracia é preencher papel, tem várias coisas... O que você vai dar prioridade de preencher? É isso que nós não estamos preparados para esse tipo de atendimento. [...] Lógico que eu tenho várias dúvidas, várias. Da burocracia e de como nós vamos conduzir essa paciente.” (N., médico)

Outros participantes pontuaram que a notificação depende do desejo da mulher – ou seja, seria *facultativa*, devendo ser efetivada apenas se superadas as eventuais resistências por parte da vítima.

Outra questão relevante para os participantes parece ser a sensação de haver um excesso de procedimentos obrigatórios no cotidiano de seus trabalhos, que, além de serem percebidos como *burocracia* excessiva, requereriam uma capacitação específica (frase de N., médico).

Um único participante (J.) comentou a importância do treinamento profissional para a notificação da violência, aparentemente ciente de sua importância para a efetivação das políticas públicas nesta área.

Discussão

Os seis temas dos Resultados advieram diretamente da empiria, ou seja, dos dados brutos coletados (entrevistas), condensando mais diretamente os sentidos que os próprios entrevistados deram às questões que lhes foram propostas. Foram elaborados a partir da relação entre dois pesquisadores específicos e o *corpus* de entrevistas. Outros pesquisadores, com outros *backgrounds*, poderiam ter identificado outros temas relevantes.

Na presente seção de Discussão, procuramos dar um salto interpretativo, expondo a nossa própria compreensão sobre esses sentidos dados pelos entrevistados, levantando algumas hipóteses sobre a problemática da violência doméstica contra a mulher que é atendida na APS. Três grandes questões que nos parecem permeá-la são:

Prontidão atitudinal para aprender vs. despreparo para notificar

Entre os participantes, a tônica foi de uma *atitude positiva* em relação à problemática da violência contra a mulher. Isto se revelou inicialmente pela disponibilidade e prontidão para falar sobre o que pensavam sobre o tema. Durante as entrevistas, explicitaram a vontade de conhecer as melhores maneiras de atender mulheres vítimas de violência doméstica, incluindo os instrumentos de notificação. Foram transparentes ao expor suas incertezas e suas dúvidas, mostrando uma disposição atitudinal positiva em relação à questão. Concomitantemente, expressaram várias inexactidões a respeito de notificar.

No Brasil, o despreparo de parte significativa dos profissionais de saúde para atendimento de mulheres em situação de violência tem sido reiteradamente constatado,^{19,20} algo admitido diretamente pelos próprios profissionais, quando ouvidos em pesquisas qualitativas,²¹ como ocorreu nesta presente investigação. Mesmo quando as notificações são feitas, os dados podem ter sua utilização epidemiológica restringida, em razão da incompletude de alguns campos da ficha.²²

Apesar de o tema ser, em geral, muito mobilizador do ponto de vista emocional e, por isso, incentivar a prontidão para aquisição de novos conhecimentos – como sugerido nos resultados da presente pesquisa – a disponibilidade para se capacitar, entre os diferentes tipos de profissionais de saúde, pode não ser constante nem homogênea.²⁰

O aprendizado informal realizado no próprio cotidiano de trabalho, com trocas constantes de informações entre os membros de uma equipe, pareceu também ser dificultado, segundo a ótica dos nossos participantes, pela profusão de obrigações burocráticas que precisam ser cumpridas, sendo a ficha de notificação vista como mais um trâmite a ser cumprido numa rotina já burocraticamente complexa e trabalhosa.

Notificar vs. denunciar

Alguns entrevistados pareceram se sentir em meio a uma profusão cotidiana de obrigações, ameaças de sanções e de necessidades de enfrentamento de procedimentos que sentiam não dominar. A isso seria somada uma confusão conceitual entre *notificar* e *denunciar*, algo constatado também na pesquisa

também realizada na APS por Kind et al.²³ A não diferenciação conceitual entre esses termos levaria alguns profissionais a considerar que um registro *policia*l de ocorrência seja o instrumento de notificação, e não *um dos* instrumentos.

De fato, é impensável que *denunciar* faça parte das competências esperadas para os profissionais de saúde. Mas faz parte, sim, *notificar* sigilosamente às autoridades sanitárias. No entanto, além de precisarem manejar situações clínicas complexas, conflituosas, mantidas até então no âmbito das vidas privadas de suas pacientes, os profissionais podem se sentir – como constatamos – compelidos a comunicarem-na a uma autoridade judicial ou policial, o que certamente traria elementos de maior angústia para ambas as partes, profissional e paciente.

Assim, a comunicação obrigatória foi percebida por alguns participantes como algo que invade a privacidade das mulheres, tendendo, portanto, a facultar a elas a decisão de notificar ou não. O medo de infringir eticamente o sigilo profissional parece ser parte do pano de fundo da opção de, às vezes, não trazer à tona a problemática observada, reforçando assim a interdição cultural de se abordar esta questão. É possível, também, que este comportamento de evitação seja uma reação, mesmo que não consciente, ao risco do reducionismo – representado pela judicialização, pura e simples – desta questão cultural, cuja complexidade é amplamente reconhecida.²⁴ Como se a questão que os profissionais se fizessem fosse: “qual real a importância de notificar/denunciar? Em que medida isso alteraria o prognóstico?”

Os sentidos denotativos dos dois termos – notificar e denunciar – de fato guardam semelhanças. Além disso, o instrumento de *notificação* (comunicação obrigatória de uma ocorrência sanitária, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde seu preenchimento) contém perguntas que se assemelham com a *denúncia* (instrumento que pode dar início a uma ação penal pública): identificação civil da vítima, seu endereço etc. O instrumento de notificação contém 55 campos a serem preenchidos (http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf). Embora não requeira dados sobre o agressor, contém um campo sobre o encaminhamento eventualmente feito e, entre eles, constam as delegacias. Seu título é “Ficha de notificação / investigação individual” – ou seja, contém o termo “investigação”, que pode remeter à ideia de inquirir, interrogar e fazer diligências. Até mesmo o texto do Código Penal brasileiro (no capítulo III, “Crimes contra a saúde pública”, artigo 269) parece contribuir com a confusão entre os termos, ao determinar multa e detenção de seis a 24 meses se “deixar o médico de *denunciar* à autoridade pública doença cuja *notificação* é compulsória” (grifos nossos, para realçar a ambiguidade do artigo).²⁵

Assim, algum desconforto com o preenchimento da notificação parece provável, para a vítima e para o profissional, por não saberem as exatas consequências que tal documento teria. O simples entendimento do alcance dos termos e conceitos presentes na ficha de notificação poderia amenizar o comum “comportamento de esquiva” diante da situação.²⁶

De todo modo, apesar de o tema estar na pauta da saúde pública no Brasil há pelo menos três décadas, os comportamentos relatados pelos entrevistados ainda tendem a se contrapor ao estipulado pela lei 10.778 de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Se considerarmos que os dispositivos legais são consolidados de valores sociais consensuais e com funções indutoras, é algo surpreendente constatar que pouco teria mudado depois de cerca de uma década desde a sanção desta lei específica.

Os participantes relataram não reconhecer instrumentos de notificação propostos pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, tendendo a transferir a responsabilidade pela execução desse procedimento a outros setores ou, por vezes, considerando inclusive incorporar uma lógica policial à suas funções sanitárias, mostrando uma aparente hegemonia cultural da dimensão correcional (policial e judicial) do problema, em detrimento das dimensões epidemiológicas e preventivas.

É uma questão da APS?

A interface entre a saúde e o fenômeno social da violência tem sido discutida na literatura científica brasileira há algumas décadas¹⁴ e há crescentes evidências, atualmente, sobre a efetividade das intervenções feitas nos serviços de saúde, de um modo geral, no sentido de reduzir os danos causados por violência doméstica.²⁷ Apesar disso, houve uma compreensão prevalente entre os nossos entrevistados de haver serviços de saúde preferenciais para a realização dos atendimentos, inclusive a notificação.

Entre esses serviços, as Unidades de Pronto Atendimento (prontos-socorros) se sobressaíram. Isto é algo surpreendente, se considerarmos a APS como um cenário no qual a saúde pode mais facilmente ser abordada em todas as suas facetas, desde a promoção até todos os níveis de prevenção, incluindo as possibilidades de intervenção comunitária. Isto porque a APS caracteriza-se exatamente pela proximidade com a população, estando inserida no próprio território onde as pessoas vivem e se relacionam, mantendo com elas um vínculo de cuidado longitudinal. No entanto, não considerar a APS um serviço preferencial para esses atendimentos é algo reiteradamente constatado.^{28,29}

Adicionalmente, os profissionais aparentemente tenderam a considerar os setores jurídico e policial como os principais indicados para lidar com a violência contra a mulher. Esta situação, constatada para a amostra com que trabalhamos, talvez decorra da não observação da complexidade da interface violência-saúde, a despeito de todas as possibilidades e de promoção à saúde que podem ser desencadeadas a partir da identificação de casos. É possível que nossos participantes tenderam, ainda, a considerar sobretudo o manejo das consequências físicas e psicológicas, funções já tradicionalmente incorporadas às suas profissões.

Limitações deste estudo

As pesquisas qualitativas com amostragens intencionais têm uma validade externa não imediata, e dependerá do julgamento dos leitores sobre a aplicabilidade dos resultados aos seus próprios contextos. No entanto, a validade interna, para a própria amostra, parece-nos assegurada para o presente estudo, dadas as condições de coleta de dados que empreendemos. Com os mesmos objetivos e métodos, outros pesquisadores poderiam ter optado por momentos diferentes de interrupção da coleta de dados empíricos, assim como poderiam interpretá-los diferentemente – questões que decorrem do próprio conceito de “saturação teórica” que utilizamos.^{17,30}

Conclusão

Creemos que nossa pesquisa contribui para o estudo da violência de gênero na APS ao ter constatado que, entre os participantes de nossa amostra, a despeito da predisposição positiva para aprender como melhor manejar as situações de violência doméstica contra a mulher, a racionalidade prevalente, no

que concerne à questão específica da notificação, conotou fortes resistências às funções indutoras das normativas legais e à produção bibliográfica brasileira nesta área.

Parecem tratar-se, por um lado, de permanências de resistências culturais dos profissionais da saúde no exercício de suas funções, com sobrevalorização, mesmo na APS, de suas tradicionais e históricas funções terapêuticas, em contraposição às ainda não plenamente incorporadas funções preventivas e de promoção à saúde. Por outro lado, tais resistências seriam sinérgicas a interdições culturais mais gerais, que por vezes impedem que as próprias vítimas comuniquem as situações de violência aos profissionais.

A notificação dos casos causa questionamentos éticos, ansiedades, medos e dúvidas técnicas nos profissionais. Esses fatores, somados à usual sobrecarga de trabalho, podem ter como consequência a não visualização da complexidade da questão e a não premência de equacioná-la, provavelmente ajudando a perpetuar a subnotificação dos casos e, assim, a relativa invisibilidade desta problemática.

Capacitação nos cursos técnicos e superiores e educação continuada já são frequentemente aventadas na literatura brasileira para o aperfeiçoamento da APS. Nossos resultados permitem sugerir que um dos caminhos investigativos para aprofundar o entendimento da persistência dessas dificuldades é a pesquisa de permanências culturais, dentro do campo da etnografia e da socioantropologia das profissões da saúde. Tais permanências parecem tornar mais lenta a incorporação de comportamentos e disposições internas para agir de acordo com as novas demandas sociais, dentre elas a da maior visibilidade das diferentes facetas da violência de gênero.

Medidas práticas dos órgãos públicos também podem ter consequências positivas mais rápidas, como uma simplificação da ficha de notificação e uma revisão dos termos utilizados tanto nessa ficha quanto no próprio Código Penal, termos que suscitam fortes ambiguidades entre o ato de notificar e o ato de denunciar.

Contribuição dos autores

Concepção e/ou delineamento do estudo: ACL, BJB. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: ACL, BJB. Redação preliminar: ACL, BJB. Revisão crítica da versão preliminar: BJB. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Conflito de interesses

Declararam não haver.

Referências

1. Delzio CR, Bolsoni CC, Lindner SR, Coelho EBS. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013*. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2018 Mar [acesso 2019 Mar 26];27(1):e20171493. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100003>
2. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJL, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 Jun [acesso 2019 Mar 25];41(3):472-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
3. Moreira TNF, Martins CL, Feuerwerker LCM, Schraiber LB. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 Set [acesso 2019 Mar 25];23(3):814-27. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>

4. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 Abr [acesso 2019 Mar 25];46(2):351-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>
5. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2002 Fev [acesso 2019 Mar 25];18(1):315-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100032>
6. Presidência da República (BR). 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. Brasília: Diário Oficial da União; 2003 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN No 564/2017. O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012. Brasília: COFEN; 2017 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
8. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica: Resolução CFM 1931 de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2010 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo de etica medica.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo_de_etica_medica.pdf)
9. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2005 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
10. Conselho Federal de Farmácia (CFF). Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Resoluções do CFF Nº 417, 418/2004 e 431/2005. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2005 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/76/08-codigodeetica.pdf>
11. Conselho Federal de Serviço Social (CFSS). Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de Regulamentação da Profissão. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2012 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf
12. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Código de Ética Odontológica. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Brasília: Conselho Federal de Conselho Federal de Odontologia; 2013 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>
13. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 Jun [acesso 2019 Mar 25];29(6):1230-40. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600019>
14. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1994 Jan [acesso 2019 Mar 25];10(Suppl 1):S7-18. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>
15. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Data collection in clinical-qualitative research: use of non-directed interviews with open-ended questions by health professionals. *Rev Lat Am Enferm* [Internet]. 2006 Out [acesso 2019 Mar 25];14(5):812-20. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000500025>
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 Jan [acesso 2019 Mar 25];24(1):17-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 Fev [acesso 2019 Mar 25];27(2):388-94. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
19. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC, Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Women in situations of violence: limits of assistance. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Jan [acesso 2019 Mar 25];20(1):249-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21202013>
20. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Mar 25];38(102):482-93. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>
21. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 Out [acesso 2019 Mar 25];42(6):1053-9. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000058>

22. Andrade JO, Castro SS, Heitor SFD, Andrade WP, Atihe CC. Indicators of violence against women according to the reports of health services in the state of Minas Gerais-Brazil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 Out [acesso 2019 Abr 12];25(3):e2880015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002880015>
23. 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 Saúde Pública* [Internet]. 2013 Set [acesso 2019 Mar 25];29(9):1805-15. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00096312>
24. Cortizo M del C, Goyeneche PL. Judicialização do privado e violência contra a mulher. *Rev Katálysis* [Internet]. 2010 Jun [acesso 2019 Mar 26];13(1):102-9. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802010000100012>
25. Presidência da República (BR). Decreto-lei No 2848, de 7 de dezembro de 1940. Brasília: Diário Oficial da União; 1940 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
26. Ministério da Saúde (BR). Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 2019 Mar 25]; [Internet]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf
27. Spangaro J. What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review. *Aust Heal Rev*. 2017;41(6):639-45. <https://doi.org/10.1071/AH16155>
28. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 2019 Mar 25];18(48):47-60. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0560>
29. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2010 Mar [acesso 2019 Mar 25];14(1):97-104. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>
30. Fontanella BJB, Magdaleno Júnior R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estud* [Internet]. 2012 Mar [acesso 2019 Mar 25];17(1):63-71. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000100008>