

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**VIOLÊNCIA E SEU CONTEXTO:
VIVÊNCIA E FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE**

ROSILÉIA ROSA

FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA

2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

VIOLÊNCIA E SEU CONTEXTO:

VIVÊNCIA E FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE

ROSILÉIA ROSA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Saúde Pública, área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde.

Orientadora: Dra. Elza Berger Salema Coelho

FLORIANÓPOLIS, 31 DE JULHO DE 2008.

ROSILÉIA ROSA

**VIOLÊNCIA E SEU CONTEXTO:
VIVÊNCIA E FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE**

Essa dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de **Mestre em Saúde Pública** no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 31 DE JULHO DE 2008.

Marco Aurélio de Anselmo Peres
Coordenador do PPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Elza Berger Salema Coelho
Presidente (orientadora)

Sandra Caponi
Membro Interno

Jonas Salomão Sprícigo
Membro Externo

Antonio Fernando Boing
Membro Externo (suplente)

Dedicatória

Ao meu sobrinho Vinícius, que acabou de nascer.

AGRADECIMENTOS

Pessoais

Deus, minha luz de todas as horas, te reconheço por tudo, ontem, hoje e sempre.

Família, mesmo não compreendendo muito bem o que eu estudo, vocês são meu refúgio nas horas mais incertas. Pai e mãe, esta busca também é por vocês.

Celo, meu amor, obrigada por me mostrar que, além do mestrado, existia sol lá fora.

Julita, sogrinha querida, pelas palavras e e-mails de força.

Thiago, Gabriela e Gustavo, meus amigos do coração e que sempre entenderam quando não pude atender o celular.

Profissionais

Professora Elza, orientadora, em meio a tantas reflexões, tantas boas risadas. Obrigada pela oportunidade.

Professor Boing, pelas ótimas contribuições nos artigos.

Professor Walter, pelas sugestões na qualificação do Projeto e pelo amigo que se tornou.

Professora Sandra, ser com tanta humanidade e banca desta dissertação.

Professor Jonas, que aceitou prontamente fazer parte da banca.

Aos sujeitos da pesquisa por terem sido os grandes facilitadores para a concretização deste trabalho.

Aos colegas de turma, sucesso para todos nós.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um ou mais artigos, formatados e encaminhados para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em quatro partes:

- PROJETO DE PESQUISA:

Apresentado para a banca examinadora de qualificação, incluindo introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas, apêndices e anexos da pesquisa. Foram efetuadas as alterações sugeridas pela banca examinadora na época de sua apresentação, em agosto de 2007.

- ARTIGO CIENTÍFICO I:

Está inserido no apêndice e posteriormente será conferido e encaminhado à revista **Interface**, com os resultados da pesquisa.

- ARTIGO CIENTÍFICO II:

Está inserido no apêndice e posteriormente será conferido e encaminhado à revista **Ciência e Saúde Coletiva**, com os resultados da pesquisa.

- APÊNDICES E ANEXOS:

Estão incluídos o questionário para aplicação da pesquisa, as normas de publicação no periódico das Revistas Interface e Ciência e Saúde Coletiva, o termo de consentimento livre e esclarecido e o parecer do comitê de ética.

SUMÁRIO

	RESUMO	08
1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	VIOLÊNCIA:UMA CONSTATAÇÃO.....	12
2.2	OS SERVIÇOS E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E ALGUMAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA.....	15
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	METODOLOGIA	20
4.1	MÉTODO DE PESQUISA.....	20
4.2	SUJEITOS.....	21
4.3	LOCAL DE SELEÇÃO DOS SUJEITOS E DE REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS.....	21
4.4	PERÍODO.....	23
4.5	COLETA DE DADOS.....	23
4.6	REGISTRO DOS DADOS.....	23
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	24
5	RESULTADOS	25
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
7	APÊNDICES	
	Artigo 01: Violência e seu Contexto: Vivência e Representações dos Acadêmicos da Área da Saúde	29
8	Artigo 02: A invisibilidade da violência na saúde	52
9	ANEXOS	77

RESUMO

ROSA, Rosiléia. **Violência e seu Contexto: Vivência e Formação dos Acadêmicos da Área da Saúde**. 2008. 94 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – área de concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A violência toma dimensões cada vez maiores e a população atingida necessita dos mais diferentes cuidados de saúde. Os serviços e os profissionais da área precisam não somente atender as vítimas, como também proporcionar acolhimento e notificar a violência vivenciada. No entanto, a invisibilidade aos casos ocorre com grande frequência, demonstrando que os serviços e os profissionais muitas vezes não estão preparados para este atendimento. Diante desta fragilidade é importante conhecer como a temática da violência está sendo vivenciada no ambiente acadêmico. Neste sentido, a dissertação teve como objetivo, compreender a dinâmica da violência a partir dos acadêmicos do último ano dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. A metodologia adotada foi descritivo-exploratória com abordagem quali-quantitativa. Foi aplicado um questionário semi-estruturado com 175 acadêmicos regularmente matriculados, sendo 41 de enfermagem, 65 de medicina e 69 de odontologia entre outubro e novembro de 2007. Dentre os acadêmicos presentes em sala de aula, 64% eram do sexo feminino com idade entre 20 a 32 anos e 36% do sexo masculino com idade entre 22 a 35 anos. Quanto ao estado civil, 90,9% dos acadêmicos eram solteiros e 9,1% viviam com parceiros. A maioria dos acadêmicos possuía experiências em relação à violência e a perceberam mais fortemente enquanto violência física. A abordagem do tema durante a formação acadêmica foi apontada de forma insuficiente. A importância do estudo esteve em revelar as percepções dos acadêmicos em contextos de violência, conhecer as definições que possuíam sobre o tema, assim como as discussões acadêmicas relacionadas ao tema.

Palavras-chave: violência; acadêmicos da área da saúde; formação profissional de saúde.

ABSTRACT

Rosiléia Rosa. Violence and its context: experience and formation of the academics of the area of the health. 2008. 94 p. Dissertation (Master's degree in Public Health – concentration's area in Humans Sciences and Public Health Politics) - Program of Posgraduation in Public Health, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

The violence takes bigger dimensions each day and the reached population needs the most different cares of health. The services and the professionals of the area not only need to take care of the victims, as well as to provide shelter and to notify the lived violence. However, the invisibility of the cases occurs with great frequency, demonstrating that the services and the professionals many times are not prepared for this attendance. Ahead of this fragility it is important to know as the thematic of the violence is being lived in the academic environment. In this direction, the dissertação had as objective, to understand the violence dynamics through the academics of the last year of the courses of graduation in nursing, medicine and dentist school of Federal University of Santa Catarina. The adopted methodology was description-exploratory with quali-quantitative boarding. A questionnaire half-structuralized with 175 regularly registered academics was applied, being 41 of nursing, 65 of medicine and 69 of dentistry between October and November of 2007. Amongst the academics presents in classroom, 64% were of the feminine sex with age between 20 and 32 years and 36% of the masculine sex with age between 22 and 35 years. About the civil state, 90.9% of the academics were single and 9.1% lived with partners. The majority of the academics had experience in relation to violence and realized it more strongly as physical violence. The approach of the subject during the academic background was pointed as insufficient. The importance of the study was to reveal the academics perceptions in the violence contexts, know the definitions that they had on the subject, as well as the academic discussions related to the theme.

Key words: violence; academics of the area of the health; formation of the professionals of the health.

1. INTRODUÇÃO

“Eu sei que a gente se acostuma. Mas não devia.” Tomo essa frase de Colasanti (1996, p. 09) para iniciar uma breve reflexão sobre a violência.

Não são raras as vezes que nossas atitudes diárias tornam-se automáticas, assim como não é comum pararmos para refletir sobre elas. Afinal, nossa vida está repleta de tarefas e não há tempo para reflexões.

Nos momentos de descanso ou lazer talvez não paramos para pensar nos problemas da sociedade, afinal, foi um dia de longas tarefas. E de forma automática ligamos a televisão e lá está ela: a violência. É impressionante a combinação de tragédias, mas infelizmente, nem sempre nos causam espanto. Isso porque, conforme Caponi (2006), nossos olhos já se acostumaram com as imagens que retratam os horrores e abusos da guerra, imagens então inconcebíveis por sua atrocidade.

Assim, a violência torna-se inevitavelmente presente no cotidiano da sociedade por meio de ações concretas ou representadas pelos noticiários que nos atualizam sobre a realidade. As casas, os apartamentos, as escolas parecem prisões, cercadas de grades por todos os lados, assim como o comércio, os prédios públicos, os teatros e cinemas, resguardando-se com dispositivos de segurança. Os carros usam vidros escuros e alarmes, e neles as pessoas não são mais vistas (GOMES, 2004).

A preocupação com as diferentes manifestações da violência coloca-se hoje como uma questão crucial para a sociedade brasileira (ARAÚJO, 2002), agravando preocupação quando a área da saúde passa a ser atingida e a população passa a necessitar de maiores cuidados quando se torna vítima. Nestes casos, os profissionais da área da saúde se

confrontam com a temática da violência em sua prática cotidiana, e segundo Gomes (2002), nem sempre estão preparados para assumir as atribuições.

Algumas pesquisas vêm demonstrando que os profissionais de saúde apresentam sérias dificuldades para lidar com o tema violência (ALMEIDA, 1998; FERREIRA, 2000; SCHRAMM, 2000). Dessa forma, torna-se oportuno conhecer como a violência vem sendo abordada durante a formação acadêmica na área da saúde, uma vez que é no ambiente acadêmico que o futuro profissional precisa saber que a sociedade espera e necessita de profissionais preocupados não somente com os problemas físico, palpável e diagnosticável através de exames complementares; mas agindo em prol de sua saúde, não sendo, portanto, ocultadores de qualquer ato de violência.

Nesse sentido, este estudo analisou o entendimento dos acadêmicos sobre violência, quais suas vivências pessoais sobre o tema e que abordagem foi dada a esta questão durante a formação, compreendendo os acadêmicos do último ano das graduações de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. A escolha dos três cursos para este estudo levou em consideração a forte ligação destas profissões com o acolhimento da população que procura as Unidades Básicas de Saúde, porta de entrada onde atuam estes profissionais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresenta-se, a seguir, um breve relato sobre a violência, sua presença nos serviços de saúde e para os profissionais da área, partindo-se para a apresentação dos artigos científicos, objetivo maior desta dissertação.

2.1 VIOLÊNCIA: UMA CONSTATAÇÃO

A violência está classificada dentro da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) no grupo de “causas externas” (ALVES E COURA-FILHO, 2001). Desde a década de 1980 a violência tem sido reconhecida como importante desafio para a Saúde Pública, não somente do ponto de vista dos traumatismos físicos, mas também sobre os efeitos perversos para a saúde mental da vítima. Em vista disso, a violência se vincula ao setor da saúde, tanto em razão do número de mortes que provoca, quanto pela necessidade de assistência à saúde das pessoas vítimas de violência, colocando-se em questão a capacidade dos estabelecimentos de saúde em oferecerem atendimento a essas pessoas (JORGE, 2002).

A execução dos serviços de saúde considera, além da organização dos processos envolvidos, os elementos que os constituem, ressaltando a importância do trabalho dos profissionais diante da dimensão da violência, uma vez que no cotidiano das relações humanas os casos vão se tornando cada vez mais representativos e com tendência ascendente, independente do tipo de violência analisada e da faixa etária escolhida para estudo. Neste sentido, Dahlberg e Krug (2002) demonstram que, em 2000, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de violência auto-infligida, interpessoal ou coletiva, em uma taxa geral relacionada à idade de 28.8 anos para uma população de 100.000. No que se refere ao Brasil, até a década de 60 as violências situavam-se no quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nos anos 80 e 90 (MINAYO, 1999). Cerca de 70% de todos os homicídios ocorreram, nesses últimos 20 anos, nas faixas etárias de 10 a 39 anos, mais de 83% deles em jovens do sexo masculino, em sua maioria pobre e vivendo nas periferias das grandes cidades (SOUZA et al, 2003). Assim, são os

adolescentes e jovens os que mais morrem por agressões e também são os mais apontados como autores de agressões no País e na América Latina (KRUG et al, 2002).

Diante dessa magnitude, o número de casos de violência atendido nos setores de saúde também cresce. No ano 2000, chegaram aos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas buscando tratamento hospitalar para lesões e traumas provenientes de acidentes e violência (BRASIL, 2005). Um público extremamente frágil e que precisa da atenção especial dos serviços são as crianças, que além de dor e sofrimento, nem sempre são acolhidas pelas famílias e pela sociedade.

Neste aspecto, Deslandes (2007) demonstra que, no Brasil, somente na década de 1980 as discussões sobre os maus-tratos com o público infantil ganham espaço e atualmente ainda se desconhece a frequência exata dos casos, pois conta-se basicamente com o registro dos poucos serviços existentes no país para a identificação e atendimento das famílias que praticam esses maus-tratos. A violência contra a criança relacionada às lesões, na maioria das circunstâncias passa despercebida. No entanto, em alguns casos os traumas são graves, necessitando de internação hospitalar, podendo levar inclusive ao óbito. Na pesquisa de Moura e Reichenheim (2005), as agressões físicas foram identificadas como “menores” em 46,0% das famílias, e a forma considerada grave, em 9,9%. A prevalência identificada espontaneamente foi de 3,3%. Este estudo de caso demonstra as oportunidades não percebidas para a detecção do problema e chama atenção para a necessidade de se rever a abordagem da violência familiar em serviços de saúde.

É assombroso pensar que os anos potenciais de vida ganhos pelos avanços biomédicos, com uma cobertura vacinal excelente, redução das taxas de mortalidade infantil, entre outras conquistas "sanitárias", possam ser furtados pelo fenômeno da violência (Deslandes, 2000). Refletir sobre o assunto traz a necessidade de não permitir que os gestos

de carinho sejam substituídos por atos de violência, principalmente nos atos de violência ocorridos no ambiente familiar, também conhecidos e vivenciados pelas mulheres, vítimas tão freqüentes da violência e que apontam os próprios companheiros como um dos maiores perpetradores de atos violentos.

Estudos sobre a violência contra a mulher evidenciam a relevância dos casos (GUERRA ET AL, 1994; GIFFIN, 1994; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999; FALCÃO, 2005). Dantas-Berger e Giffin (2005), apontam que está comprovado estatisticamente a alta incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres, o que conforma um importante problema de saúde pública. No entanto, os serviços de saúde nem sempre reconhecem que a mulher foi vítima, principalmente quando os profissionais se detêm ao tratamento das lesões físicas, ou quando preferem não se envolver no caso, considerando que não é seu papel intervir no espaço familiar da vítima.

Considera-se que alguns dos dados apresentados podem não representar os números reais da epidemiologia da violência, assim como inúmeros outros casos nem cheguem a ser calculados, uma vez que muitas ocorrências não são levadas aos serviços de saúde por concentrarem-se no ambiente doméstico, sendo relacionadas à chamada violência intrafamiliar. Schraiber, D'Oliveira e França (2002), investigando a violência contra a mulher em uma unidade de atenção primária a saúde e também reconhecendo o parceiro como um dos maiores agressores, apontam que estas informações contrariam o senso comum, onde muitas vezes as agressões domésticas são banalizadas. Assim, a violência intrafamiliar acaba destruindo o espaço que sempre foi considerado o mais seguro da sociedade, uma vez que os membros são ligados entre si por amor, respeito e proteção (CONCHA-EASTMAN, KRUG, 2002).

A violência é assunto urgente para a saúde pública e sua magnitude é vasta neste campo, mesmo diante dos números subestimados. Apesar de tantas interrogações, “trata-se de um problema demasiadamente sério para que as ações de saúde pública sejam adiadas, enquanto se espera por um conhecimento perfeito” (DAHLBERG E KRUG, 2002 p.1175). Neste sentido, este estudo vem solidarizar-se com as iniciativas existentes, apontando que muitas ações viáveis ainda não são realizadas devido à invisibilidade para os casos de violência. Tão fortemente constatadas no campo da saúde pública, entende-se que estas discussões devam alcançar os profissionais da área da saúde, fundamentalmente envolvidos com o diagnóstico e a notificação dos casos, aspectos fundamentais para que a invisibilidade frente à violência seja menos freqüente.

2.2 OS SERVIÇOS E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE E ALGUMAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

A violência apresenta-se como o resultado da complexa relação entre os seres humanos e pode atingir populações de diferentes sexos, faixas etárias, classes culturais e sociais, embora representada de diferentes formas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Buscando aproximar-se de um conceito para um tema tão complexo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define a violência como o uso intencional da força física ou o poder, real ou por ameaça, contra a pessoa mesma, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar em ou tenha alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação.

A Lei do Ministério da Saúde no Brasil também apresenta as definições para:

I - a **violência física**, entendida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal;

II - a **violência psicológica**, entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a **violência sexual**, entendida como qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sexualidade, que impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. (Brasil, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2004b), os dados dos censos e do Datasus comprovam o aumento da violência no Brasil. A taxa de mortalidade por homicídio cresceu 130% entre 1980 e 2000, sendo no ano 2000 a proporção de 27 homicídios por 100 mil habitantes e, se forem considerados apenas homens, a taxa é de 49,7 por 100 mil.

No entanto, há até bem pouco tempo, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência como um expectador, um reparador dos estragos provocados pelo conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais (MINAYO, 1999). Hoje, sabe-se que os serviços de saúde também representam um campo de assistência para o acolhimento de possíveis vítimas de violência.

Quando o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde foi lançado, em 2002, pela Organização Mundial de Saúde, tornou-se público o problema da violência e a sua relação com a saúde da população. O Relatório reorienta o modo tradicional de tratar diagnósticos de saúde das populações, destacando mortes por causas externas aquelas por violência, que são os homicídios e os suicídios, além de associá-los a dados de morbidade (SCHRAIBER;

D'OLIVEIRA; COUTO, 2006). Segundo Minayo (2005), a violência torna-se tema para o setor da saúde quando provoca impacto na qualidade de vida, além das lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta.

Para Araújo (1996), é enorme o impacto da violência nas relações familiares, levando à produção e reprodução de modelos de comportamento violentos no cotidiano social e familiar. Neste sentido Wieviorka (2006), demonstra que, em muitos países, mobilizações chamaram a atenção, desde os anos 60, para as violências sofridas por mulheres, crianças e idosos, permitindo que se compreendessem melhor os danos causados por violência. No Brasil, estes públicos são fortemente vulneráveis e, há muito, necessitam recorrer aos serviços de saúde do país.

No entanto, na área da violência contra a criança e o adolescente, uma das questões pouco tratadas no Brasil, por exemplo, é a análise da estrutura dos serviços (GONÇALVES; FERREIRA; MARQUES, 1999). E quando existentes, os profissionais relatam que ficam entre os deveres de proteger a criança, de tratá-la clinicamente, de mantê-la junto à família, de melhorar as relações familiares e de notificar o caso às autoridades competentes (FERREIRA e SCHRAMM, 2000).

Quanto à compreensão da violência contra as mulheres, o estudo passa a fazer mais sentido quando adotamos uma análise histórica e social onde se estabelecem as relações sociais de sexo, ou seja, quando analisada sob a perspectiva de gênero (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005). Dessa forma a análise não é direcionada para o ser masculino ou para o ser feminino no sentido anatômico do corpo, mas sim, para as atribuições culturais que são determinadas para cada um desses sexos.

Apesar de freqüente, apresentando prevalência mais alta do que muitas patologias, a violência de gênero sofre uma invisibilidade de origem social (MARINHEIRO; VIEIRA;

SOUZA, 2006). Em âmbito nacional, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), no segmento populacional representado pelas mulheres, a violência física e a sexual são os eventos mais frequentes, cujos determinantes estão associados a relações de gênero.

Diante da dimensão da violência contra a mulher foram criados alguns serviços, como as delegacias de defesa da mulher, as casas-abrigo e os centros de referência multiprofissionais. No ano de 2003, em parceria com diversos setores da sociedade, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que foi publicada em 2004, objetivando incorporar entre os seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha (11.340), que trata sobre a violência contra a mulher define que:

para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

Enquanto estudos baseados em entrevistas com mulheres revelaram que a violência sexual é comum, há uma relativa “invisibilidade” desta violência nas denúncias de violência praticada por homens contra mulheres no âmbito doméstico (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005).

Em pesquisa realizada por OLIVEIRA et al (2005) para avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, os profissionais dos serviços relataram dificuldades para sensibilizar os demais profissionais (não vinculados ao serviço de violência sexual) no acolhimento dessa violência, como também a necessidade de romper preconceitos para a aceitação da fala das mulheres. No entanto, Schraiber et al (2003), afirmam que os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves.

Sobre a violência contra o idoso, Minayo (2003) demonstra que, por mais que impressionem os números relativos aos 13.184 idosos mortos por violências (cerca de 37 pessoas por dia) em 1998 e os 69.637 que ficaram internados por lesões e envenenamentos em 1999, a violência contra este público é muito mais disseminada na sociedade brasileira do que os números revelam.

Os casos de abuso nem sempre são facilmente reconhecidos, já que os perpetradores fazem de tudo para afastar as suspeitas dos crimes que cometem. Ao mesmo tempo, crianças e idosos também nem sempre relatam espontaneamente o que lhes acontece. Assim, é importante que os profissionais de saúde estejam sempre atentos aos indícios de abuso contra esses indivíduos (LAKS, 2007) e que percebam a necessidade de implantação de medidas educativas, com o objetivo de esclarecer aos idosos os seus direitos, orientando-os quanto à atitude apropriada diante da violência, facilitando a denúncia e a obtenção de apoio (MELO, 2007). Neste sentido, torna-se necessário compreender a questão da violência, independente do público analisado.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a questão da violência, a partir dos acadêmicos do último ano dos cursos de graduação de enfermagem, medicina e odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o que os acadêmicos entendem em relação à violência;
- Verificar a abordagem do tema violência durante a formação acadêmica;
- Identificar o papel dos serviços de saúde e dos profissionais da área em relação à violência.

4 METODOLOGIA

4.1 MÉTODO DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem quanti-qualitativa.

As pesquisas descritivo-exploratórias além de terem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e/ou também determinar a natureza destas relações; elas também possuem a característica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias (GIL, 1989), com o propósito de formular novos problemas de pesquisa mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

4.2 SUJEITOS

Foi aplicado um questionário semi-estruturado com 175 acadêmicos regularmente matriculados no segundo semestre de 2007, compreendendo os acadêmicos do último ano das graduações em enfermagem (41), medicina (65) e odontologia (69) da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.3 LOCAL DA REALIZAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

A aplicação dos questionários foi realizada nas salas de aula dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina.

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi organizada primeiramente como instituto livre e foi oficializada por decreto estadual em 1935. Com a criação da Faculdade de Direito, em 11 de fevereiro de 1932, surge a primeira faculdade do estado de Santa Catarina.

Nesta, surgiu o incentivo de uma universidade para agregar as outras existentes na capital do estado. Assim, a Universidade de Santa Catarina foi criada em 18 de dezembro de 1960, pela Lei n. 3.849. Foi oficialmente instalada em 12 de março de 1962, oferecendo as faculdades de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e Escola de Engenharia Industrial.

Em 15 de julho de 1969, como fruto da reforma universitária então promovida pelo governo brasileiro, foi publicado o Decreto n. 64.824, que tornou extintas as faculdades existentes. A instituição adotou o nome Universidade Federal de Santa Catarina, e adquiriu a atual estrutura didática e administrativa, sendo dividida em Centros e Departamentos.

Nos primeiros anos de funcionamento, a UFSC estava sediada em várias edificações esparsas, localizadas na região central da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Posteriormente, foi iniciada a construção de um campus unificado, instalado no bairro da Trindade, em uma antiga fazenda modelo pertencente ao governo de Santa Catarina - denominada "Assis Brasil" - que foi doada ao governo federal por meio da Lei estadual n. 2.664, de 20 de janeiro de 1961. A partir dessa data, a transferência das unidades administrativas e de ensino foi realizada de forma gradual, tendo sido praticamente completada no início da década de 1980.

Atualmente, a instituição apresenta grande parte de sua estrutura instalada nesse campus. Todavia, também apresenta algumas unidades espalhadas pelo município de Florianópolis – como o Centro de Ciências Agrárias, no bairro do Itacorubi – e em outros municípios do Estado de Santa Catarina – como os colégios agrícolas de Araquari e de Camboriú.

A Universidade Federal de Santa Catarina destaca-se entre as melhores universidades do Brasil. Isto devido a vários cursos classificados em excelência de ensino, notadamente na área tecnológica, sendo os cursos de Jornalismo, Engenharia Elétrica e Mecânica referências nacionais nessas áreas.

4.4 – PERÍODO

O período para a realização dos questionários compreendeu os meses de Outubro e Novembro de 2007.

4.5 COLETA DE DADOS

Foi aplicado um questionário semi-estruturado enquanto instrumento para a coleta dos dados. Os roteiros do questionário, constituído de perguntas abertas e fechadas foi construído especificamente para a realização desta pesquisa.

O questionário semi-estruturado é um instrumento para a coleta de dados que parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses de estudos pré-existentes, que interessam à pesquisa atual, oferecendo grande margem de questionamentos, advindos de novas hipóteses que emergem à medida que se recebem as respostas do informante.

Antes da aplicação oficial do questionário, foi aplicado um projeto-piloto com outra turma de graduação em saúde, para testar sua eficácia e, se preciso, realizar os devidos ajustes.

4.6 REGISTRO DOS DADOS

O registro dos dados foi efetuado mediante preenchimento do questionário semi-estruturado pelos acadêmicos, previamente aprovado pelas coordenações dos cursos e professores de sala de aula.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

O registro quantitativo dos dados foi realizado através do programa EpiData 3.0 e para a obtenção das frequências e médias de determinadas variáveis utilizou-se o programa Stata 9.

A sistematização dos dados qualitativos baseou-se na análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). A análise temática de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a interpretação do conteúdo manifesto das comunicações/relatos a partir de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa destes conteúdos.

Considerando o fato de que a análise em pesquisa qualitativa ocorre a partir do

momento da escolha do objeto de investigação, a análise de conteúdo neste estudo, baseada em Bardin (1979), desenvolveu-se sistematicamente em três fases:

A) Pré-análise: fase da organização através do contato com os questionários respondidos, por meio de leitura flutuante. Foi realizada a formulação de hipóteses e a preparação do material para a análise do conteúdo apresentado.

B) Exploração do material: fase que teve por objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise através das tarefas de codificação (escolha das unidades), de enumeração (escolha das regras de contagem) e de classificação (escolha de categoria).

C) Tratamento dos dados, inferência e interpretação: objetivou tornar os dados válidos e significativos por meio de procedimentos estatísticos utilizados que possibilitaram estabelecer os quadros, evidenciando as informações obtidas, confrontando-as com as informações já existentes; permitindo ao pesquisador ao final do tratamento dos dados chegar a inferências, deduções e interpretações diante do objeto de investigação.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foi realizado encontro com as coordenações dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia na Universidade Federal de Santa Catarina, com a finalidade de apresentar os objetivos e procedimentos necessários para a realização da pesquisa. Posteriormente, houve o estabelecimento dos contatos com os professores de sala de aula, que foram consultados sobre a disponibilidade em realizar a pesquisa durante aula de suas disciplinas.

Os seguintes itens foram de suma importância para a realização da pesquisa:

- O protocolo de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº277/2007 e previamente autorizado pela diretoria da instituição. Todos os aspectos que envolvem a pesquisa estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.
- Manutenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes. No contato com os acadêmicos, estes receberam informações sobre a pesquisa de forma detalhada, esclarecendo a importância em participar do estudo e do direito de desistência.

- O respeito ao anonimato e a confidencialidade das informações obtidas a partir dos questionários. Deste modo, durante a pesquisa foram preservadas as identidades dos acadêmicos, procurando a pesquisadora isentar-se de qualquer julgamento moral.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão deste estudo estão apresentados no Apêndice, sob a forma de dois artigos científicos com os títulos: **Violência e seu contexto: vivência e formação dos acadêmicos da área da saúde** e **A Invisibilidade da Violência no Campo da Saúde**, a serem submetidos ao periódico Cadernos de Saúde Pública. A seqüência desta dissertação é determinada pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, E.C., 1998. **Violência Doméstica: Um Desafio para a Formação do Pediatra**. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 2 ALVES, A.M.; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de Apoio à Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, p.243-257, 2001.
- 3 ARAÚJO, M.F. **Violência e abuso sexual na família**. 2002.
- 4 _____. **Atendimento a mulheres e famílias vítimas de violência doméstica**. 1996.
- 5 BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- 6 BRASIL, M.S. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def> [20 maio 2007].

- 7 BRASIL. M.S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 340 p.
- 8 BRASIL. Lei 11.340 Lei n. 11.340. Cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União** 2006; 8 ago.
- 9 CAPONI, S. Sobre guerras e fantasmas: o feminino e a distinção entre público e privado. In: MINELLA, L.S.; FUNCK, S.B. (Org.). **Saberes e fazeres de gênero**: entre o local e o global. Ed. da UFSC. Florianópolis, 2006.
- 10 COLASANTI, M. **Eu sei, mas não devia**. Editora Rocco - Rio de Janeiro, 1996; p. 09.
- 11 CONCHA-EASTMAN, A.; KRUG, E. Informe mundial sobre la salud y la violencia de la OMS: una herramienta de trabajo. **Rev. Panam. Salud Publica**, v.12, n.4 out., p.227-229, 2002.
- 12 DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violence: a global public health problem. **World Report on Violence and Health** (WHO): Geneve: WHO, 2002.
- 13 DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.
- 14 DESLANDES, S.F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.
- 15 DESLANDES, S.F. 2000. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar: representações, práticas, interações e desafios. **Tese de Doutorado**, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 236 pp.
- 16 FALCÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito**: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.
- 17 FERREIRA, A.L. e SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.6, São Paulo, 2000.
- 18 GUERRA et al. Violencia contra la mujer durante el embarazo. Resumen de casos. **Rev Obstet Ginecol Venez**, v.64, n.4, p. 211 – 213, 2004.
- 19 GIFFIN, K. Gender Violence, Sexuality and Health. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 146-155, 1994.
- 20 GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.
- 21 GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.7, n.2, Rio de Janeiro, 2002. [www.scielo.br]

- 22 GOMES, C.B. R. **Ci. méd. biol.**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 89-107, 2004.
- 23 GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L.; MARQUES, M.J.V. Evaluating a support program for children victim of domestic violence. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 33, n. 6, 1999.
- 24 IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais, 2003. **Taxa de homicídios mais que dobra em 20 anos.** 2004b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/13042004sintese2003html.shtm>>. Acesso em: 20 abr. 2007.
- 25 JORGE, M.H.P.M. Violência como problema de saúde pública. **Cienc. Cult.**, v.54, n.1, p.52-53, 2002.
- 26 KRUG, E.G. et al. **Relatório mundial sobre violência e Saúde.** Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.
- 27 LAKS, Jerson; WERNER, Jairo; MIRANDA-SA JR., Luiz Salvador de. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo 2007.
- 28 MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 29 Ago 2007.
- 29 MELO, V.L.; CUNHA, J.O.C.; FALBO NETO, G.H. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2007.
- 30 MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1999 .
- 31 MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.
- 32 MINAYO M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-41.
- 33 MOURA, A.T.M.S.; REICHENHEIM, M.E.. Are we really detecting violence in families of children visiting our health services? The experience of a public health service in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2005.
- 34 OLIVEIRA, E.M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.
- 35 Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2002.

- 36 PORTO, M. et al. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S243-S252, 2003.
- 37 SCHRAIBER, L. et al. Violence experienced: the nameless pain, **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, 2003.
- 38 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA Jr.; I. & PINTO, A. A., 2002. Violência contra a mulher: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, 36:470-477.
- 39 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, (93), p.11-27, 1999.
- 40 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006.
- 41 SOUZA, E. R. et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil:décadas de 80 e 90. In: MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 83-108.
- 42 WIEVIORKA, Michel. Violence Today. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, suppl., p.1147-53, 2006.
- 43 World Health Organization. World Report on violence and health. Geneva, 2002.

7 APÊNDICE

APÊNCIDE A

Artigo

VIOLÊNCIA E SEU CONTEXTO:

VIVÊNCIA E REPRESENTAÇÕES DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE

A violência e seu contexto: vivência e representações dos acadêmicos da área da saúde

Violence and its context: experience and representation of the academics of the area of the health

ROSA, Rosiléia¹

BOING, Antonio Fernando²

SCHRAIBER, Lilia B.³

COELHO, Elza Berger Salema¹

1 – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, SC, Brasil.

2 - Universidade do Planalto Catarinense, Santa Catarina, SC, Brasil.

3- Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência

Rosiléia Rosa, Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Rua: General Estilac Leal, 129 301/A

Bairro: Coqueiros

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88080-760

(48) 9962-3547

rosileia.rosa@hotmail.com

ROSA, R. trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados, COELHO, E.B.S. na concepção e supervisão geral, BOING, A.F. na metodologia e revisão crítica e SCHRAIBER, L.B. na revisão crítica.

A violência e seu contexto: vivência e representações dos acadêmicos da área da saúde

Violence and its context: experience and representation of the academics of the area of the health

RESUMO

O presente artigo analisou a dinâmica da violência a partir da percepção dos acadêmicos do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi desenvolvido uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem quali-quantitativa, com 175 acadêmicos regularmente matriculados, sendo 41 do curso de Enfermagem, 65 de Medicina e 69 de Odontologia, entre os meses de outubro e novembro de 2007. O estudo objetivou compreender qual a definição de violência para os acadêmicos, quais suas vivências sobre o tema e qual a inserção que o tema violência teve durante a formação acadêmica. Foi possível verificar que as definições sobre violência estão fortemente relacionadas a uma visão técnica e priorizam os danos físicos sofridos pelas pessoas agredidas. Diante de uma situação de violência os acadêmicos reproduziram sentimentos de: medo, impotência, raiva e indignação, não reagiram ao presenciar tais atos; evidenciaram que o profissional de saúde não identifica situações de violência quando presta assistência de forma superficial às vítimas; e que a formação acadêmica não discute o tema suficientemente para identificação dessas situações.

Palavras-chave: violência; saúde; ensino superior.

ABSTRACT

The present article analyzed the question of the violence from the perception of the academics of the last year of the courses of graduation in nursing, medicine and dentist school, of the Federal University of Santa Catarina. The exploratory descriptive research with quali-quantitative boarding was developed, with 175 regularly registered academics; being 41 of the nursing course, 65 of medicine and 69 of dentistry, between the months of October and November of 2007. The study objectified analyze what are the academics understanding about violence, which are their personal experiences on the subject and what kind of boarding was given to this question during the academic formation. It was possible to verify that the definitions of violence are hardly related to a technique sight and prioritize the suffered physical damages. Ahead of a violence situation the academics had reproduced feelings of: fear, impotence, anger and indignation, had not reacted when witnessing such acts; that the health professional does not identify violence situations; he attends in a superficial way people in violence situation; the academic formation does not discuss the subject enough to help the identification of the situations.

Key words: violence; healt; education.

1. INTRODUÇÃO

A violência, pelo elevado número de vítimas que acarreta e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, configura-se no início do século XXI como grave problema de saúde pública em diversos países. Em todo o mundo, a cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva, estimando-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (Dahlberg e Krug, 2002).

No Brasil, desde o ano 2000 as causas externas são a terceira principal causa de óbitos no país, além de englobarem expressiva quantidade de internações hospitalares (Brasil, 2007, Jorge, Koizumi, 2004). Num recorte para as agressões interpessoais, destacam-se os atos de violência impetrados no âmbito doméstico e, em específico, contra mulheres, idosos e crianças. Estudos conduzidos em serviços de saúde sobre a violência contra a mulher demonstraram sua elevada prevalência, variando de 30% a 60% a proporção de mulheres que relataram terem sido vítimas de violência doméstica de natureza emocional, física ou sexual ao menos uma vez na vida (Schraiber et al, 2002; Schraiber et al, 2007; Kronbauer et al, 2005; Marinheiro et al, 2005; Silva, 2003). Já em relação à infância, no estado do Rio de Janeiro verificou-se que no início da década de 1990 cerca de 70% dos homicídios de crianças de zero a onze anos foram perpetrados pela própria família (Soares, 1997). A violência contra o idoso também é intensa e disseminada nas sociedades. Minayo (2003) destacou que, apesar de muitas vezes naturalizadas na sociedade e nas relações familiares, os casos de abusos físicos, sexuais, psicológicos e financeiros contra idosos são abrangentes no país.

Diante desse contexto de alta morbidade, mortalidade e impactos psicológicos decorrentes da violência, vários estudos têm destacado a importância da atuação dos serviços de saúde no reconhecimento e no enfrentamento desse problema, em particular nos casos de violência doméstica (García-Moreno, 2002; Schraiber et al, 2005). No entanto, apesar dos serviços de saúde representarem um campo de assistência e acolhimento de vítimas de violência, os usuários deparam-se com respostas inadequadas dos profissionais de saúde, barreiras do próprio serviço para que o usuário exponha sua situação e a não confiança no profissional para relatar o problema enfrentado (Robinson, Spilsbury, 2008). Historicamente, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência enquanto expectador ou contador de eventos (Minayo, 1999) e atualmente os profissionais de saúde acabam se confrontando com esta realidade em sua prática cotidiana, porém nem sempre preparados para assumir tais atribuições (Gomes, 2002).

Uma das dificuldades do profissional de saúde pode estar relacionada ao fato da maior parte dos processos de formação estarem fundamentadas em um modelo disciplinar centrado na racionalidade biomédica, remetendo alunos e professores a uma redução drástica dos processos de saúde-doença à sua dimensão biológica e dos sujeitos/pacientes à sua doença (Almeida et al, 1999). Além disso, os currículos das universidades brasileiras, salvas experiências pontuais, têm demonstrado inadequações de conteúdo e de práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvam a pluralidade das necessidades do sistema de saúde (Brasil, 2006), inclusive na temática da violência.

Diante dessa realidade, e considerando-se que a formação universitária se refletirá na assistência prestada e no acolhimento da população usuária dos serviços de saúde, o presente estudo objetivou investigar as definições dos acadêmicos dos cursos de Enfermagem,

Medicina e Odontologia sobre violência, quais suas vivências pessoais sobre o tema e que abordagem foi dada a esta questão durante a formação acadêmica nos três cursos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quali-quantitativa realizado através de entrevista semi-estruturada. Empregou-se questionário contendo questões abertas e fechadas, permitindo, assim, uma aproximação tanto qualitativa como quantitativa das respostas dos sujeitos de pesquisa. O questionário construído para o presente estudo foi estruturado em três partes. A primeira englobou o perfil dos entrevistados (curso e fase de graduação, sexo, idade e estado civil); a segunda tratou das definições dos acadêmicos sobre violência e suas vivências com episódios de violência; na terceira parte, as perguntas estiveram voltadas a compreender que abordagem foi dada à violência durante a formação acadêmica nos três cursos pesquisados.

Os sujeitos de pesquisa foram acadêmicos regularmente matriculados no último ano dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Para solicitar autorização da pesquisa foi realizado encontro com as coordenações dos cursos envolvidos, tendo tal momento também a finalidade de apresentar os objetivos e procedimentos do presente estudo. A aplicação dos questionários ocorreu em sala de aula em espaços liberados por professores no decorrer das disciplinas. Dos 237 acadêmicos matriculados, 175 (73,8%) participaram do estudo, sendo 41 do curso de Enfermagem, 65 de Medicina e 69 de Odontologia.

Nesses cursos, o último ano de faculdade tem grande carga horária, ou até mesmo a sua totalidade, destinada a estágios com atividades práticas. Como a universidade permite

que as mesmas sejam realizadas em outras instituições nacionais ou internacionais, parte das perdas pode ser creditada a essa saída temporária de acadêmicos da universidade pesquisada. Os demais não foram entrevistados por terem faltado nas aulas em que os dados foram coletados. Todos os acadêmicos que estavam presentes nas salas de aula durante a pesquisa concordaram em participar dela.

Os dados foram analisados a partir de definições de eixos de discussão dos relatos dos acadêmicos, abrangendo elementos e aspectos com características comuns ou que se relacionaram entre si, segundo análise de conteúdo proposta por Bardin (1979). Definiram-se dois eixos de análise: Eixo 1: “*A violência enquanto vivência dos acadêmicos*” – que debate a definição e tipos de violência evidenciados pelos mesmos - e Eixo 2: “*A invisibilidade da violência e sua interface*” – que se constitui por aspectos relacionados à formação acadêmica e à atuação do profissional de saúde. Os dados quantitativos foram registrados no programa EpiData 3.1, obtendo-se as medidas de frequência e de dispersão.

No intuito de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os relatos foram identificados pelas abreviaturas E (acadêmicos de enfermagem), M (medicina) e O (odontologia), seguidas pela fase do curso. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº277/2007, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 – Eixo 1: A violência enquanto vivência dos acadêmicos

Dos acadêmicos entrevistados, 64% eram do sexo feminino (cujas idades variaram de 20 a 32 anos) e 36% do sexo masculino (entre 22 e 35 anos). Quanto ao estado civil, 90,9% eram solteiros e 9,1% viviam com parceiros.

Quando questionados sobre **o que é violência**, os acadêmicos relataram que ela se configura principalmente por atos de **violência física, psicológica ou que infrinjam a liberdade de alguém**. A maioria dos pesquisados relatou que violência pode ser a junção dessas expressões, no entanto, a violência física foi a que apareceu com mais frequência nas respostas (56,5%), seguido da psicológica (28,0%). A **violência sexual** foi a menos referenciada, sendo citada em apenas 4,5% das respostas.

Evidenciou-se, assim, que para mais da metade dos entrevistados, as definições sobre violência estão relacionadas aos danos físicos provocados à vítima, como nos exemplos: *é uma maneira de agredir fisicamente; qualquer tipo de agressão à integridade física (O-8^{af}; M-11^{af})*.

A definição para violência lembrada como ato de violência psicológica foi compreendida como *xingamento que gera sofrimento; pressão; atos de desprezo (E-7^{af}; M-11^{af}; O-9^{af})*. Outra definição relevante, que alcançou 20,5% das respostas, não foi classificada nem como violência física nem psicológica, mas como ato que possa *infringir a liberdade do próximo; ultrapassar os limites, não respeitar a vida, as escolhas do outro; tudo o que fere nossos direitos (M-11^{af}; M-11^{af}; E-7^{af})*. Esses últimos relatos vão ao encontro do que afirma Araújo (2002) quando aponta que, se tomamos a liberdade como

uma capacidade e um direito fundamental do ser humano, podem dizer que a violência é uma violação do direito de liberdade, do direito de ser sujeito constituinte da própria história.

Quando solicitado que identificassem definições para **violência física, psicológica e sexual**, a **violência física** foi compreendida como *agressão física, lesão corporal ou contato físico* por 75% dos acadêmicos; a **violência psicológica** foi percebida enquanto *danos à mente e emocionais representadas* por atos de *discriminação, rejeição, humilhação, constrangimento, ameaça ou pressão* para 48,5% deles; e a **violência sexual** foi reconhecida como *forçar relação sexual* para 32% dos pesquisados. O estupro foi lembrado como violência sexual somente por 17,0% no curso de Enfermagem, 14,5% no de Odontologia e 10,7% no de Medicina. Considerando que as mulheres são frequentemente as maiores vítimas de violência sexual e que 64% dos pesquisados eram do sexo feminino, surpreende os baixos índices de reconhecimento deste tipo de violência, como ainda a referência sobre o estupro.

O Relatório Mundial sobre Saúde e Violência (Krug, 2002) definiu que a violência sexual compreende uma variedade de atos ou de tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada, podendo ser no casamento ou em outros relacionamentos (Cavalcanti et al, 2006), sendo lembrada no casamento por apenas um entrevistado que definiu violência sexual como *forçar relação mesmo sendo casados, ter qualquer aproximação dita sexual...* (E-7ª f).

Entre os relatos sobre as definições de violência, chama a atenção os que afirmam que: [...] *violência serve para danos maiores ou violência física que quase sempre considero violência; penso mais na violência física, que acho mais marcante e mais importante... outros tipos de violência ficariam muito abrangentes e menos importantes*” (M-12ª f; O-9ª f). Diante da afirmação, cabe questionar: é possível considerar que outros tipos de violência

sejam menos importantes, principalmente enquanto futuros profissionais da área da saúde? Como reconhecer a violência no serviço de saúde quando o olhar pode estar direcionado somente para a violência física? É provável que os acadêmicos entrevistados vivenciarão contextos de violência nas suas atividades profissionais e se considerarem que ela existe quando a vítima traz consigo apenas danos físicos, outras formas de violência podem ser subestimadas, reforçando-se assim a importância desta temática nas discussões acadêmicas. A predominância da violência enquanto ação física pode, ainda, conforme apontado por Guimarães e Campos (2007), destituí-la do lugar da excepcionalidade para tornar-se uma marca do cotidiano, sendo além de frequentes, "comuns" ou "naturais".

Sobre as vivências pessoais sobre violência e o que sentiram, a maior parte dos acadêmicos (74,8%) relatou que já vivenciou situações de violência. Os sentimentos predominantes nos relatos foram medo e impotência, conforme relatos a seguir: *tive uma sensação de impotência; senti medo; impotência por não poder fazer nada e medo (M-11^{af}; O-8^{af}; E-8^{af})*. Essa sensação de incapacidade foi evidenciada no estudo de Schraiber et al (2003), apresentando profissionais que atenderam casos de violência doméstica e sentiram impotência para lidar com os casos.

Sentimentos contraditórios diante da violência também foram relatados, como *medo e revolta, indignação e compaixão, impotência e revolta, raiva do agressor e sentimento de vingança (O-9^{af}; M-12^{af}; E-8^{af})*. O desejo de revidar o ato de violência também foi encontrado por Schraiber et al (2005), onde a vontade de revanche contra o agressor esteve presente. Mesmo diante desses sentimentos que sugerem atitude, os acadêmicos não relataram providências frente à violência experimentada, permanecendo na “vontade de reação”. Sabe-se que a fragilidade nestas situações é inegável e nem sempre o auxílio é a primeira atitude. No entanto, torna-se oportuno pensar se tais dificuldades no enfrentamento

do vivenciado podem refletir nas ações enquanto profissional e, segundo apontado por Dal'ri (2007), representar atitudes cúmplices ou ocultadoras da violência.

Chama a atenção que os acadêmicos que vivenciaram situações de violência não diferiram em suas opiniões e definições dos demais entrevistados. Em decorrência desse aspecto deve-se assinalar a distância que se registra entre pessoal e profissional, ainda que em investigação esta questão não tenha sido aprofundada, merecendo pesquisas futuras.

As discussões apresentadas demonstram que a violência física prevaleceu como definição para a violência e, em muitos casos, evidenciada enquanto senso comum, ancorados em experiências pessoais. Os sentimentos diante de um ato violento se diferiram, variando de “pena à raiva”, permanecendo, em todas as situações, a imobilidade frente uma ação de auxílio. Discussões como estas instigam futuros estudos para se conhecer o cenário acadêmico atual e o quanto são dedicados para a compreensão do fenômeno da violência para que se desenvolvam ações assistenciais que realmente possam ser efetivas.

3.2 – Eixo 2 - A invisibilidade da violência e sua interface: o profissional, o paciente e a formação acadêmica

Para os acadêmicos, a dificuldade do profissional de saúde em identificar vítimas de violência no desempenho de suas atividades está vinculada a ele mesmo (87,4%), ao paciente (33,1%) e à formação acadêmica (22,8%) como os principais fatores que contribuem para a invisibilidade da violência (os acadêmicos poderiam se referir a mais de uma opção), reiterando nesses aspectos o estudo de Kiss (2004). Foi referenciada a invisibilidade da violência perante o **profissional**, destacando-se o distanciamento do profissional com o paciente (44,5%) e a ausência da concepção de integralidade na assistência pelo profissional

(37,7%). Quanto ao **paciente**, justificaram que eles escondem os fatos quando estes estão relacionados à violência (26,8%) e que têm vergonha da violência sofrida (5,7%). Sobre a **formação acadêmica**, destacaram que as informações sobre violência são insuficientes na universidade (15,4%) e que o tema é abordado superficialmente (7,4%).

As dificuldades relacionadas ao profissional na identificação das vítimas de violência, para os acadêmicos, se dão pela falta de sensibilidade e escuta que poderiam contribuir para percepção do fenômeno e apontar possibilidades de intervenção neste processo. Para Maldonado (1998), ouvir com atenção, consideração e sensibilidade amplia a capacidade de escuta sensível, sendo possível entender o que está por trás das palavras, na linguagem do corpo e dos atos. As falas, a seguir, evidenciam a afirmação: *a falta de sensibilidade, de ouvir o paciente e vê-lo como uma pessoa; o pouco interesse do profissional em dar mais tempo para ouvir o paciente (E-7^{af}; O-9^{af})*. As afirmações apresentam o distanciamento do profissional com os problemas sociais que a população está exposta, contribuindo para que atos de violência não sejam percebidos e, conforme afirma Morin (2004), oportunizar a invisibilidade dos problemas, impedindo de se ver a realidade.

Os acadêmicos apontaram, ainda, que *na maioria das vezes o paciente não é tratado como um todo, ou seja, o profissional só se preocupa com a sua especialidade. Onde o dentista só se importa com a boca; os profissionais de saúde, em sua grande maioria, olham e cuidam da patologia e não do paciente no seu todo (O-8^{af}; E-7^{af})*. Schraiber et al (2003), em estudo sobre a violência contra a mulher, apontaram que há ausência de linguagem apropriada e comum aos profissionais para abordá-las, posto que eles dialogam somente na linguagem da doença, o que torna a comunicação dos fatos ainda mais difícil. Kaplan (2005) reforçou que é preciso usar habilidade conceitual para se ver o todo, o significado em si.

Desta forma, estando o olhar do profissional direcionado unicamente para a queixa, corre-se o risco de não se analisar outros agravantes.

Foi reconhecida por parte dos entrevistados a importância do diálogo na relação entre profissional de saúde e paciente, uma vez que a vítima de violência não traz consigo somente o ferimento físico, mas também a angústia, o medo, o constrangimento. Neste sentido, a necessidade do “olhar para o todo”, termo recorrentemente citado pelos pesquisados, reforça que o profissional não deve mediar seu atendimento pautado no distanciamento e na frieza emocional, mas sim que tenha a capacidade de colocar-se no lugar da vítima e a perceber integralmente, agindo em prol da sua saúde.

Ao se colocarem na posição de profissionais, os acadêmicos afirmaram que *a classe médica, infelizmente, não faz uma história adequada do paciente. A pressa, a falta de vontade da nossa parte, principalmente em atendimentos dos serviços públicos, impede de nos aprofundarmos nas queixas do paciente; muitas vezes nós profissionais não questionamos (M-11^{af}; M-11^{af})*. Nestes relatos, os acadêmicos se posicionaram como profissionais de saúde, sugerindo que já exercem as mesmas condutas que criticam, e que, dessa forma, poderão ser os perpetuadores do ocultamento de situações de violência, mesmo diante da consciência de que esses atos não são os esperados do profissional de saúde. No modelo centrado apenas na doença, Sucupira (2007) aponta que o atendimento prestado resume-se a dar uma resposta imediata, visando dispensar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda. Assim, quando o foco passa a ser a doença e não o indivíduo, as chances para que o paciente retorne aos serviços aumentam, assim como a demanda nos mesmos.

Os problemas relacionados ao **paciente** referem-se, na visão dos acadêmicos, ao fato de que este *mascara, esconde e mente quando questionado; talvez porque no caso de*

crianças os pais omitam e inventam histórias bem boladas; porque as vítimas de violência escondem isto da sociedade, muitas vezes por medo da violência ocorrer novamente (E-7^{af}; M-11^{af}; O-9^{af}). Essas reações, quando existentes, podem estar relacionadas com a atitude do profissional de saúde, quando este não estabelece a comunicação necessária, o vínculo devido e centraliza suas ações na doença, ou conforme apontado pelos acadêmicos, as mantêm ancoradas em especialidades. Nestes casos, o diálogo com os pacientes é pautado predominantemente pela exploração dos sinais, sintomas e manifestações laboratoriais dos agravos; realiza-se uma prática repetitiva, sem dar conta das singularidades inerentes (Filho, 2007).

Neste sentido, a pessoa violentada não passaria, necessariamente, a esconder do profissional de saúde que foi vítima de violência, mas sim, demonstraria *constrangimento, dificuldade para se expressar (M-11^a f)*. Atualmente, demandam aos consultórios novas questões da sociedade, como a violência, o alcoolismo, questões relacionadas ao casamento, ao emprego, às dificuldades na vida escolar, entre outros, exigindo do profissional habilidade como escuta e comunicação, que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos (Sucupira, 2007). Nestes casos, o profissional precisa desenvolver uma forma eficaz para se aproximar da pessoa agredida, criando um clima propício para que essa dificuldade de expressão possa ser superada.

Outro fator a ser considerado, segundo os acadêmicos, é que *os violentados não falam, muito menos para pessoas estranhas; é quase impossível diagnosticar um tipo de violência que quase não causou dano físico e também quando o mesmo não abre a situação de forma sincera (E-8^a f; M-11^{af})*. Para Gomes (1998), de fato em alguns casos o profissional de saúde pode ter maiores dificuldades para abertura, interferindo numa melhor atuação do mesmo, tornando mais difícil a interação no espaço privado da vítima, porém, a

falta de informações passa a ser tão violenta quanto os crimes praticados. Chama a atenção, por outro lado, que os entrevistados não comentam o fato dos profissionais raramente investigarem situações de violência e esperam que o paciente seja um interlocutor ativo. Isto contrasta, por exemplo, com a anamnese clínica e seu interrogatório, quando os profissionais tendem a ser ativos na busca dos diagnósticos, e, de outro lado, contrastam e contradizem seus depoimentos do quão difícil é, para a vítima, por medo, culpa ou vergonha, ser ativo para relatar a violência sofrida.

A invisibilidade da violência relacionada com a **formação** refere-se a *ser pouco discutida no meio acadêmico; o estudante depende de sua sensibilidade e não de sua formação (incompleta) para fazer o diagnóstico; há despreparo na graduação, não é um assunto muito discutido (O-9^a f; M-11^a f; E-7^a f)*. Sobre os momentos em que o tema violência foi abordado durante o curso de graduação, 73,2% dos acadêmicos da Enfermagem referiram a disciplina “Sociedade, Saúde e Violência”, ministrada na quinta fase do curso; 98,5% da Medicina mencionaram ter estudado o tema em mais de uma disciplina, sendo majoritariamente em Pediatria (69,2%) e Medicina Legal (29,2%). Situação diferenciada apontaram os acadêmicos da Odontologia, sendo que 65,2% responderam que o tema violência jamais foi abordado; os demais referiram predominantemente as disciplinas de Cirurgia e Traumatologia e Endodontia.

No entanto, quando investigado sobre a necessidade de abordar a violência na formação acadêmica, a contra a criança foi apontada por (66,3%) dos acadêmicos, como assunto de maior necessidade e urgência, seguido pela contra a mulher (14,3%), o idoso (6,8%) e o adolescente (2,8%). Estes dados apontam para os acadêmicos a necessidade da abordagem do tema na formação e a vulnerabilidade destes públicos em contexto de violência, reconhecem ainda, em especial à fragilidade da criança, enquanto vítima de

violência. Mesmo quando o tema violência esteve presente na formação acadêmica às informações sugerem ter sido esporádica e superficial, fazendo com que os profissionais sintam-se despreparados para abordar esse contexto.

Mesmo com a pouca inserção do tema violência nos seus currículos, quando perguntados sobre qual profissional estaria mais preparado para lidar com situações de violência, os acadêmicos de Odontologia e de Medicina citaram predominantemente o médico, seguido pelo enfermeiro. Para a Enfermagem, são os enfermeiros, seguidos pelos médicos os mais preparados. Ainda assim, 100% da Enfermagem, 98,5% da Medicina e 92,8% da Odontologia acreditam que podem auxiliar as vítimas de violência. Relativamente aos que consideram o médico o principal profissional envolvido com a violência, pode-se afirmar que nesta visão os acadêmicos reforçam a pesquisa de Marques (2007), em que a centralidade do profissional médico evidencia que o tratamento dos usuários hospitalizados por agressão segue as especialidades médicas como único critério de indicação para a unidade de internação.

Quando perguntados quais seriam as ações dos acadêmicos diante de uma possível vítima de violência, foram apontados procedimentos de *orientações* e *encaminhamentos* dos casos. As orientações estariam relacionadas ao diálogo que instrui o paciente, aconselha e educa sobre o tema (82,3%); e os encaminhamentos seriam para a troca de auxílio com outros profissionais, buscando, principalmente, apoio psicológico, realizações do diagnóstico por alguma especialidade médica e tratamento específico (17,7%). A importância destes encaminhamentos é justificada por: *diariamente temos contato com pessoas que sofreram algum tipo de violência. Devemos saber agir corretamente nesses casos. Também quando desconfiamos de que alguma criança seja vítima de violência, como denunciar (M-11^a f; E-8^a f).*

Já os encaminhamentos a serem dados para as vítimas de violência, segundo os entrevistados, deveriam, primeiramente ser para a polícia/delegacia (48,0%), seguida do hospital (26,8%), centros de saúde (10,8%) e serviço social (4,5%). Ficou evidente que no currículo não se discute sobre protocolos de atendimento às vítimas de violência, pois, conforme aponta Njaine et al (1997), o serviço de saúde não detecta os casos e, quando o faz, não encaminha ou não sabe que atitude adotar, ou, ainda, prefere ignorar seu compromisso e age negligentemente em relação à violência. Da mesma forma, Ferreira e Schramm (2000), apontaram a dificuldade dos profissionais ao confrontarem-se com alguns procedimentos específicos, como a notificação dos casos ao sistema legal. Além disso, esses achados reforçam o apontado por Krug et al (2002), de que a violência ainda é vista, sobretudo, como questão de justiça ou de segurança, mas não necessariamente de saúde.

As discussões apresentadas reforçam a importância de articular universidade e serviços de saúde - aparentemente desconectados - ligando os espaços de formação aos diferentes cenários da vida real e de prestação de cuidados à saúde (Almeida et al, 1999). A compreensão da violência enquanto problema de saúde precisa contar com o aporte da universidade, uma vez que o espaço da formação contribui para o direcionamento das ações profissionais, que precisam estar ancoradas nos problemas vividos pela sociedade. Além disso, cabe lembrar que a área da saúde deve aprofundar as questões e as formas de atuação na promoção da saúde e que a violência deve ser um dos temas-chave nas discussões sobre integralidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os acadêmicos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, em sua maioria, já vivenciaram alguma situação de violência, porém as definições que possuem sobre o tema parecem não incorporar essa vivência, mas ancoram-se em abordagens técnicas, em que os danos físicos são priorizados enquanto violência. Sentimentos de reação, como a raiva e a indignação, foram evidenciados, no entanto, em nenhuma situação os acadêmicos mostraram outras formas de lidar com a violência, expressando imobilidade diante dela. Ainda assim, esperam que os pacientes atuem de modo bem diverso, sendo ativos na procura de ajuda.

Mesmo que reconheçam a necessidade de uma abordagem integral por parte dos pacientes, enquanto ideal de prática futura, ao arrolarem as dificuldades no reconhecimento de situações de violência por profissionais não conseguem avançar nessa proposição de integralidade, também se atendo a questões segmentadas, com destaque sempre à dimensão de uma competência mais técnica para poderem agir ou dependente da iniciativa dos pacientes e não de suas relações com eles.

É preciso que a violência seja objeto de estudo em muitas interfaces científicas e objeto de discussão permanente por parte da sociedade para que se definam programas e políticas públicas adequadas e eficazes para o seu enfrentamento, assim como a elaboração de propostas e estratégias de ensino voltadas para as diversas expressões concretas da violência e seus diferentes contextos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança.** São Paulo: Hucitec, 1999. 2v.
- 2 ARAÚJO, M.F. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.7, n.2, p.3-11, 2002.
- 3 BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.
- 4 BRASIL. MS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das Graduações em Saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 409p.
- 5 BRASIL. MS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obtuf.def>> Acesso em: 20 mai. 2007.
- 6 BRAZ, M.; CARDOSO, M. H.C.A. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.91-97, 2000.
- 7 CAVALCANTI, L.F.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.31-39, 2006.
- 8 DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. **Violence: a global public health problem.** World Report on Violence and Health. Geneve: WHO, 2002.
- 9 DAL'RI, M. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher.** 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- 10 FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p. 659-665, 2000.
- 11 FILHO, J.M.C. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface**, Botucatu, v.11, n.23, p. 631-633, 2007.
- 12 GARCÍA-MORENO C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. **Lancet**, Geneva, v.9316, n.359, p.1509-1514, 2002.
- 13 GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.275-283, 2002.
- 14 GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbi-mortalidade de crianças vítimas de violência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.301-311, 1998.
- 15 GUIMARÃES, S.P.; CAMPOS, P.H.F. Norma social violenta: um estudo da representação social da violência em adolescentes. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 188-196, 2007.
- 16 JORGE, M.H.P.M.; KOIZUMI, M.S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.2, p.228-238, 2004.
- 17 KAPLAN, A. **O processo social e o profissional de desenvolvimento**. Artistas do invisível. São Paulo: Instituto Fonte para o Desenvolvimento Social e Editora Fundação Peirópolis, 2005.
- 18 KISS, L.B. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde**: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, USP, São Paulo.

- 19 KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**; São Paulo, v.5, n.39, p.695-701, 2005.
- 20 MALDONADO, M.T. Caminos de la prevención de la violencia domestica y escolar: construyendo la paz. **Adolesc. Latinoam.** vol.1, n.2, p.111-117, 1998.
- 21 MARINHEIRO, A.L.V.; VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Ribeirão Preto, v.4, n.40, p.604-10, 2006.
- 22 MARQUES, G.Q.; LEAL, S.M.C.; LIMA, M.A.D.S.; BONILHA, A.L.L.; LOPES, M.J.M. . As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Brazilian Journal of Nursing (Online)**, v.6, n. 2, 2007.
- 23 MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.783-791, 2003.
- 24 MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.7-23, 1999.
- 25 MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo/Brasília: Cortez/Unesco; 2004.
- 26 MOURA, A.T.M.S.; REICHENHEIM, M.E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1124-1133, 2005.
- 27 NJAINE, K.; SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.405-414, 1997.

- 28 ROBINSON L; SPILSBURY K. Systematic review of the perceptions and experiences of accessing health services by adult victims of domestic violence. **Health Soc Care Community**, v.16, n.1, p.16-30, 2008.
- 29 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FALCÃO, N.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Ed. Unesp; 2005.
- 30 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.F.; COUTO, M.T.; KISS, L.B.; DURAND, J.G.; PINHO, A.A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*; v.7, n.12, p. 41-54, 2003.
- 31 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANCA-JUNIOR, I. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.470-477, 2002.
- 32 SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B., DURAND, J. et al. Violência contra a mulher entre usuárias de serviços básicos de saúde da rede pública da grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p.359-67, 2007.
- 33 SILVA, L.L.; COELHO, E.B.S.; CAPONI, S.N.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n.21, p. 93-103, 2007.
- 34 SILVA, I.V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.19. sup. 2, p.263-272. 2003.
- 35 SOARES, B.M. **Mulheres Invisíveis: Violência Familiar e Formações Subjetivas**. 1997. Tese de Doutorado - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 36 SUCUPIRA, A.C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.11, n.23, p.624-627, 2007.

37 World Health Organization. **World Report on violence and health.** Geneva, 2002.

APÊNDICE B

Artigo

A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE

THE VIOLENCE INVISIBILITY IN THE HEALTH

ROSA, Rosiléia¹;

COELHO, Elza Berger Salema¹;

BOING, Antonio Fernando²

1 - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

2 - Universidade do Planalto Catarinense

Correspondência

Rosiléia Rosa: rosileia.rosa@hotmail.com

Rua: General Estilac Leal, 129 301/A

Bairro: Coqueiros

Florianópolis – SC – Brasil

CEP: 88080-760

RESUMO

O presente artigo analisou a dificuldade do profissional de saúde em trabalhar a questão da violência que atinge os serviços de saúde e os profissionais da área, a partir do entendimento dos acadêmicos do último ano dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi desenvolvido uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, com 175 acadêmicos regularmente matriculados, sendo 41 do curso de enfermagem, 65 de medicina e 69 de odontologia, entre os meses de outubro e novembro de 2007. O estudo objetivou conhecer quais os fatores atribuídos pelos acadêmicos para a invisibilidade da violência na saúde. As maiores dificuldades foram relacionadas com o profissional de saúde, quando não identifica as situações e assiste de forma superficial pessoas que sofreram violência; a formação acadêmica quando não discute o tema capacitando o profissional para a identificação dos casos.

Palavras-chave: violência; serviço de saúde; profissional de saúde.

ABSTRACT

The present article analyzed the question of the violence invisibility that reaches the health services and the professionals of the area, from the agreement of the academics of the last year of the courses of graduation in nursing, medicine and dentistry, of the Federal University of Santa Catarina. The exploratory descriptive research with qualitative boarding was developed, with 175 academics regular registered, being 41 of the nursing course, 65 of medicine and 69 of dentistry, it enters the months of October and November of 2007. The study objectified to know which are the factors attributed by the academics for the violence invisibility in the field of health. The biggest difficulties had been related with the health professional, when they do not identify the situations and they attends in superficial way people who had suffered violence; and the academic formation when do not discuss the subject enough to help the identification of the cases.

Word-key: violence; health service; health professional.

1. INTRODUÇÃO

Ainda em meados da década de 1990 a Organização Pan-Americana da Saúde alertava que, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, a violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu num grave problema de saúde pública em muitos países. No Brasil, os dados sobre homicídios registrados pelo Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM) demonstram que os óbitos por essa razão passaram de 30.745 em 1991 para 45.343 em 2000. Tal evolução representa um aumento de 50,2%, bem superior ao incremento da população, que foi de 15,6% no mesmo período. Como consequência, no ano de 2000, chegaram aos serviços públicos de saúde 693.961 pessoas buscando tratamento hospitalar para lesões e traumas provenientes de acidentes e violência (Brasil¹).

A violência está além do delito e da repressão, implica numa visão de mundo e isto tem significativas consequências, principalmente para os estudos que se concentram na construção das subjetividades daqueles que vivenciam a experiência da violência. Deparamo-nos de imediato com um jogo de linguagens onde diferentes tipos de fenômenos aproximam-se, enredando-se numa teia discursiva cuja amplitude é sempre crescente. Cotidianamente, nos referimos à violência familiar, no esporte, no trânsito, nas ruas, nas prisões, ou ainda com relação às precárias condições de vida, à fome, à miséria e, evidentemente, com relação à criminalidade; mas há ainda a violência racial, a violência contra o idoso, contra a mulher, contra a criança, contra a natureza e a violência nos rituais de sacrifício, violência física, psicológica, simbólica, cognitiva (Riffiotis²).

Neste sentido, a violência torna-se preocupação para a área da saúde quando significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência (Minayo³), além de muito precária a detecção de casos em serviços de atenção primária, principalmente quando se leva em conta a elevada frequência do evento (Moura & Reichenheim⁴).

Para Izumino⁵, a problemática da violência tornou-se, nos últimos 20 anos principalmente, objeto de interesse e de discussão de estudiosos, especialistas e formadores de opinião de várias áreas, bem como da população em geral, ocupando lugar de destaque e preocupação nas pesquisas de opinião.

Com a violência presente no cotidiano das sociedades não é mais possível desconsiderar sua presença nem suas conseqüências nos serviços de saúde e para os profissionais da área, que precisam de embasamento científico para o reconhecimento dessas situações. Neste sentido, este artigo visa compreender as atribuições dos acadêmicos do último ano dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a problemática da violência que atinge os serviços de saúde e os profissionais envolvidos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, realizado através de entrevista semi-estruturada, com aplicação de questionário contendo questões abertas e fechadas, permitindo aproximação qualitativa das respostas produzidas em sua aplicação.

O questionário construído para esta pesquisa foi estruturado em duas partes, apresentando inicialmente o perfil dos entrevistados contendo curso e fase de graduação, sexo, idade e estado civil. Na segunda parte, as perguntas estiveram voltadas a compreender que abordagem foi dada a temática da violência durante a formação acadêmica dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para solicitar autorização da pesquisa foi realizado encontro com as coordenações dos cursos, tendo ainda a finalidade de apresentar os objetivos e procedimentos. Posteriormente, houve o estabelecimento dos contatos com os professores de sala de aula, que foram consultados sobre a disponibilidade em realizar a pesquisa durante aula de suas disciplinas. A aplicação dos questionários foi realizada nas salas de aula dos cursos, tendo como sujeitos de pesquisa 175 acadêmicos (de um universo de 237) do último ano dos cursos de graduação em Enfermagem (n=41), Medicina (n=65) e Odontologia (n=69), regularmente matriculados no segundo semestre de 2007.

Em razão dos acadêmicos estarem no período de estágio, alguns alunos não participaram da pesquisa, uma vez que a universidade permite que eles realizem as práticas em outras cidades do país ou até mesmo fora dele. Em virtude disso alguns acadêmicos não estavam em sala de aula no momento da coleta dos dados. Todos os que estavam em sala no momento da pesquisa concordaram em participar, não havendo assim, recusas neste estudo.

A opção em trabalhar com acadêmicos do último ano se deu por estarem às vésperas de iniciar sua atuação profissional e por se entender que eles possuem embasamento científico sobre os conteúdos abordados nos cursos e, possivelmente, maiores chances de experiências sobre o tema violência.

Os dados foram analisados a partir de definições de eixos de discussão dos relatos dos acadêmicos, relacionando os fatores atribuídos à dificuldade de profissionais de saúde

em identificar situações de violência, abrangendo assim, elementos e aspectos com características comuns ou que se relacionaram entre si.

Após esses procedimentos, utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin⁶, definindo-se dois eixos de análise. Eixo 1 - *A invisibilidade da violência na área da saúde e o papel dos profissionais envolvidos*, debate atribuições dos serviços de saúde e dos profissionais da área diante da realidade da violência. Eixo 2 - *A visibilidade da violência na formação na área da saúde* evidencia a dificuldade em identificar situações de violência relacionada a formação acadêmica.

Alguns relatos dos acadêmicos foram acrescentados na discussão para oferecer visão representativa referente aos eixos identificados. Nesses casos, os nomes dos acadêmicos foram omitidos, substituídos pelas abreviaturas *E* (acadêmicos de Enfermagem), *M* (Medicina) e *O* (Odontologia), seguidos pela fase do curso. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer nº277/2007, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos 175 acadêmicos que fizeram parte desta pesquisa demonstrou que 64% eram mulheres com idade entre 20 e 32 anos e 36% eram homens com idade entre 22 a 35 anos. Quanto ao estado civil, 90,9% dos acadêmicos eram solteiros e 9,1% viviam com parceiros. Sobre a problemática que envolve a dificuldade dos serviços de saúde e dos profissionais da área para a identificação da violência, dois fatores foram fortemente apontados pelos acadêmicos, impulsionando o desfecho deste artigo, estando relacionados à:

invisibilidade da violência na área da saúde e o papel dos profissionais envolvidos e a visibilidade da violência na formação na área da saúde.

A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE E O PAPEL DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

A construção de um olhar voltado à visibilização da violência é um dos fatores mais importantes nos serviços de saúde, bem como criar condições institucionais para que o profissional da área da saúde possa agir e tratar as questões que envolvem os agravos decorrentes dela (Deslandes; Leal⁷). Neste sentido, a notificação dos casos é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão na família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência (Gonçalves; Ferreira⁸).

Para estas ações os acadêmicos citam que é preciso: *procurar o motivo da violência, tentar solucionar o problema, pelo menos em parte; relatar toda e qualquer suspeita de violência encontrada nos pacientes e denunciar o agressor para a polícia (E-7^{af}; M-11^{af})*. E, ao saber os motivos da violência o profissional de saúde deve: *encaminhar a vítima para serviço especializado; encaminhar para profissionais especialistas no assunto (O8^{af}; M12^{af})*. Nestas falas surge tanto a necessidade do profissional de saúde em auxiliar as vítimas de violência, conscientes que possuem responsabilidades diante dos casos, como o encaminhamento das vítimas para um outro setor ou profissional, sugerindo que este trabalho nem sempre compete ao profissional de saúde que recebe as vítimas.

Os casos precisam ser notificados porque é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção (Saliba⁹). A ausência de notificação da violência nos serviços de saúde para os acadêmicos pode acontecer quando o profissional: *não quer se envolver com esta situação, há falta de boa vontade no atendimento e falta de conhecimento; não compreende o fato em si ou tem receio de se envolver (E-8^a; M-11^af)*. Relacionam, ainda, o atendimento profissional pautado na frieza e no distanciamento, fatores que podem contribuir para a invisibilidade da violência.

Estudos com o público infantil demonstram que mesmo quando a suspeita de violência é forte, freqüentemente nada é feito a não ser perguntar aos responsáveis; mas como dificilmente ocorre a confissão, o caso é dado por encerrado (Ferreira; Schramm¹⁰; Braz & Cardoso¹¹). Situações como estas podem se tornar ainda mais graves quando o profissional de saúde não reconhece que a violência tornou-se um problema de saúde pública e que ele, como profissional da área, precisa ter o compromisso de reconhecer os casos como parte de sua tarefa no acolhimento às vítimas. Segundo os acadêmicos *falta um olhar mais individualizado e atento às manifestações físicas e emocionais, que talvez não aconteça porque há pouco tempo de consulta médica, que não permite criar um vínculo para o paciente mencionar que foi violentado (M-12^af)*. Sabe-se que a demanda existente nos serviços de saúde no Brasil não contribui para a qualidade do atendimento. No entanto, a justificativa do pouco tempo de interação com a vítima possivelmente não justifica a ausência de notificação, uma vez que o registro faz parte do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Nas situações em que os profissionais chegam a reconhecer a violência, comumente possuem dificuldades para relacionar-se com o tema. Leal e Lopes¹² perceberam que

trabalhadoras de Enfermagem, em muitas situações, não sabiam como lidar com as conseqüências do envolvimento com esses pacientes. No presente estudo, os acadêmicos de Enfermagem justificaram a dificuldade de profissionais da área da saúde em identificar situações de violência por: *falta de esclarecimento sobre as diversas formas de violência; de capacitação e porque falta um olhar mais individualizado e atento às manifestações físicas e emocionais (E-8^{af}; E-7^{af}).*

Outras dificuldades foram apresentadas num estudo sobre a violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar, que demonstrou que algumas profissionais sentiram estresse, medo e indignação no cotidiano do trabalho porque necessitam atender tanto vítima quanto agressor, este último muitas vezes sendo responsável por atos de crueldade, como estupros, assassinatos, entre outros (Deslandes; Leal⁷). Diante da realidade da violência, os acadêmicos apresentaram relatos como: *não há muito que fazer quando se diagnostica; o profissional fica alienado ao medo de levantar uma hipótese e criar muitas polêmicas; tem medo de se comprometer fazendo denúncias; alguns profissionais não querem ver (M-12^{af}; E-7^{af}; M-12^{af}).*

Constatações como estas podem motivar ações para o distanciamento entre profissional da saúde e a pessoa agredida, contribuindo para que a violência permaneça imersa na invisibilidade. Para Leão e Marinho¹³ a respeito da violência contra a mulher, afirmam que este tipo de violência ainda é pouco investigado pelos profissionais de saúde, e por isso colabora para que seja subestimado por instituições oficiais. Para os acadêmicos, duas situações contribuem fortemente com esta invisibilidade quando afirmam: *geralmente eles (paciente) omitem, muitas vezes nós profissionais não questionamos; por fazerem um exame superficial e também pelo fato de muitas pessoas esconderem o fato de ter sofrido violência (M-11^{af}; O-9^{af}).* Há, portanto, necessidade de compreensão do conjunto desses

fatores, buscando estabelecer maior relação entre profissionais de saúde e população. O aumento da interação pode propiciar o reconhecimento de quem foi vítima e a notificação oficializa a ação correta de trabalho.

Estudo sobre as representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher observou que a denominação às vítimas de violência sexual foi classificada pelos profissionais de saúde pela sigla “VVS” (vítima de violência sexual), onde segundo os autores (Cavalcanti; Gomes; Minayo¹⁴), pode operar sua redução a uma mera entidade passível de receber tratamento tópico e ocasional, limitando a complexidade das razões subjetivas a que têm direito as usuárias.

Quando alguns profissionais tentaram buscar iniciativas de encaminhamento de situações de violência detectada, Oliveira et al¹⁵, apontam que os profissionais dos serviços sentiram dificuldades tanto para sensibilizar os demais profissionais no acolhimento das mulheres vítimas de violência sexual, como para romper preconceitos diante da fala das mulheres. Para os acadêmicos, a dificuldade de diagnosticar essas situações de violência ocorre: *porque em sua grande maioria, a abordagem da parte sexual se não é excluída do questionário é abordada superficialmente. Ainda tem-se um constrangimento de falar deste assunto, porque não consideram o ocorrido como algo grave (E-8^{af}; E-7^{af})*. Assim, não querer enxergar a violência sofrida passa a ser uma das primeiras atitudes para a não compreensão dos fatos, aumentando as chances de se encontrar o que foi percebido no estudo de Dal Ri¹⁶, que aponta que as representações sociais entre os profissionais de saúde estiveram ancoradas na dimensão comum do preconceito e da banalização da violência contra mulher, com conseqüente omissão da atuação diante desses casos.

Em outras respostas os acadêmicos parecem reforçar as falas acima, quando descrevem: *talvez porque haja a sensação do médico de simulação por parte da paciente; é*

quase impossível diagnosticar um tipo de violência que quase não causou dano físico, às vezes não percebemos por inocência nossa (M-11^{af}; M-12^a f).

Nestas análises o profissional de saúde é “poupado” pelos acadêmicos, que transferem a responsabilidade da invisibilidade da violência para a pessoa agredida. A decisão de não se envolver ou acreditar que a temática da violência não faz parte das questões de saúde podem estar relacionadas com o despreparo do profissional, que reproduz situações do senso comum, conforme a fala a seguir: *culturalmente e até confesso que me encaixo neste propósito, as pessoas tem uma visão de não se meter na vida dos outros e também por ser um assunto de extrema delicadeza, considerando que cada caso é um caso (E-7^{af})*. Essas considerações podem contribuir para o sub-registro dos casos de violência que chegam aos serviços de saúde, onde manter-se alheio enquanto profissional reforça que a questão da violência ainda não é percebida como problema de saúde.

Diante do reconhecimento da existência de violência, o profissional possui a tarefa de notificar. Subestimar a importância do fenômeno ou omitir-se diante dele, minimizam a compreensão dos fatos e dificulta o planejamento de ações voltadas para o auxílio às situações de violência. Acreditar que a problemática diz respeito a outros profissionais e/ou setores, e não ao profissional de saúde, somente afasta as possibilidades de auxílio às vítimas.

A VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA NA FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Durante o período dedicado à educação, a sala de aula é um ambiente que contribui para muitas reflexões e, durante a formação profissional, ela é espaço para a obtenção de

novos conhecimentos. Desta forma, Sordi e Bagnato¹⁷, retratam que o ambiente acadêmico constitui-se como um espaço onde ocorre o processo de ensino e assume papel de destaque nas atividades educativas. No entanto, em contextos que envolvem a questão da violência, alguns acadêmicos retratam que: *o currículo acadêmico não nos prepara muito bem para identificar esse tipo de vítima. Violência na teoria parece ser fácil de ser identificada, mas como vi na prática não é dessa forma que ocorre (E-8^{af})*.

Nestes casos, há necessidade do envolvimento pedagógico para o desenvolvimento do aprender, com ampla integração da universidade com as situações da realidade. A educação, então, deve ser entendida como um processo permanente, iniciado durante a graduação, mas precisando manter-se na vida profissional, por meio das relações de parceria entre universidade e os serviços de saúde e comunidade, pois sobre a violência, segundo os acadêmicos: *há falta de debate (familiar, no trabalho) sobre o tema e como abordá-lo. Há pouca discussão na sociedade sobre as formas sutis de violência (M-11^{af})*. Dessa forma, a interação ativa do acadêmico com a população deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao acadêmico trabalhar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados, compatíveis com seu grau de autonomia (Campos et al¹⁸).

A educação profissional deve estar orientada aos problemas mais relevantes da sociedade, de modo que a seleção de conteúdos essenciais deve ser feita com base em critérios epidemiológicos e nas necessidades de saúde (Feuerwerker¹⁹); que apontam para o reconhecimento da violência nos serviços de saúde por meio dos profissionais da área, que devem ser capacitados durante a formação acadêmica, fato muitas vezes não confirmado pelos acadêmicos: *é um assunto que não é muito discutido durante a graduação; e quando é*

abordado se faz de forma superficial; penso que o currículo acadêmico não nos prepara muito bem para identificar esse tipo de vítima (M-12^{af}; O-9^{af}; E-8^{af}).

Nestes casos, o modelo de formação juntamente com a prática pedagógica precisam ser revistos. Com a preocupação de transmitir conhecimentos específicos sobre a profissão, os cursos superiores não têm conseguido formar profissionais cidadãos com uma prática determinada por valores éticos, humanos e com capacidade para pensar a construção de uma nova sociedade (Coelho²⁰). Em relação à violência os acadêmicos da pesquisa reconheceram que as vítimas não são identificadas quando: *o enfoque é apenas para o tratamento das seqüelas da agressão... por exemplo, o dentista só se importa com a boca; o profissional só se preocupa com a sua especialidade, não faz uma anamnese e consulta dirigida a esses casos e sim, ao problema que cada profissional da área trata (O-8^{af}; O-9^{af})*. Reforçam assim, que quando os procedimentos técnicos e específicos são priorizados durante o período de formação, a relação entre profissional de saúde e população pode ficar comprometida.

Essas constatações vão relacionar-se, mais uma vez, com as de Coelho²⁰, que afirma que a preocupação com a profissionalização em um mundo cada vez mais competitivo, que resulta na formação de profissionais que, embora tenham certa competência técnica, são incapazes de compreender a realidade em um contexto histórico mais amplo.

No entanto, na área da saúde a formação não deve apenas gerar profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial (Ceccim; Feuerwerker²¹). Conforme aponta Sucupira²², as novas demandas trazidas para o consultório médico, trazem questões mais sociais, como a violência, o alcoolismo, problemas relacionados ao casamento, ao emprego, às dificuldades na vida escolar, entre outros, e exigem do profissional outras habilidades (de escuta, de

comunicação), que vão além dos conhecimentos estritamente biomédicos. Mas a realidade nos serviços de saúde demonstra que essas ações nem sempre estão presentes, reforçadas pelos relatos dos pesquisados: *há falta de atenção da grande maioria dos profissionais com os seus pacientes; não conversam de maneira correta; pouco interesse do profissional em dar um pouco mais de tempo para ouvir o paciente (E-7^{af}; O-8^{af}; M-11^{af}).*

Em muitos casos as vítimas esperam que o profissional auxilie na diminuição da angústia e do sofrimento. Nestas situações o acolhimento e o amparo talvez sejam o primeiro e melhor tratamento a oferecer. Na tentativa de auxiliar estas relações, foram criados alguns programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profaf), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS (Ceccim; Feuerwerker²¹).

No entanto, as ações de mudança ainda são tímidas, desarticuladas e por isso são limitadas. Os anos que os acadêmicos permanecem na universidade parecem não ser devidamente aproveitados para trazerem maiores discussões sobre a violência. A sociedade espera e necessita de profissionais preocupados não somente com os problemas físico, palpável e diagnosticável através de exames complementares, mas que os perceba agindo em prol de sua saúde. As falas a seguir evidenciam que os profissionais precisam: *saber como agir e minimizar essas ocorrências; que atitude tomar no momento em que aparece uma vítima; saber a melhor conduta para resolução (E-8^{af}; M-11^{af}; O-9^{af}).*

É preciso que a formação acadêmica dê atenção e estimule o reconhecimento da realidade da violência nos serviços de saúde, aumentando assim, as chances de atuação e

intervenção nestas situações e reduzindo a invisibilidade. As disciplinas de saúde dos três cursos envolvidos na pesquisa parecem não contemplarem em seus currículos, o espaço necessário para o estudo do tema. Enquanto assim permanecerem, os profissionais de saúde estarão menos preparados para intervir em situações de violência.

R Rosa trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados, EBS Coelho na concepção e supervisão geral e AF Boing na metodologia e revisão crítica.

4. CONCLUSÃO

O tema violência apareceu como assunto de discussão somente em momentos esporádicos dos cursos analisados, não ocorrendo enquanto conteúdo transversal. Desta forma, não foi possível perceber diferenças de compreensão entre os três cursos envolvidos.

A questão da violência no campo da saúde precisa tornar-se visível, permitindo o dimensionamento do problema, para que seja possível estabelecer políticas públicas voltadas à sua prevenção. Para os acadêmicos os profissionais de saúde preferem não entrar no espaço privado, se vêem diante da incerteza do diagnóstico, justificando conhecimento insuficiente sobre violência.

Os cursos voltados para formação de profissionais na área da saúde devem estar voltados para situações que tornam vulneráveis a sociedade. Devem estar sensibilizados para a violência e preparados para atuar diante do fenômeno, implementando disciplinas curriculares, em educação continuada e capacitação durante a vida profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Brasil MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

2 Riffiotis T. A mídia, o leitor-modelo e a denúncia da violência policial: o caso da favela naval (Diadema). *Revista SP em Perspectiva* 1999; 13(4): 28-41.

3 Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? *Rev C S Col* 1999; 4(1): 7-32.

4 Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4): 1124-33.

5 Izumino WP. Violência urbana e graves violações de direitos humanos. *Ciência e Cultura*. Revista da SBPC 2002; 54(1): 47-9.

6 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

7 Deslandes SF. Violência no cotidiano dos serviços de emergência hospitalar; representações práticas, interações e desafios [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz; 2000 e Leal SMC. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem [dissertação]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

- 8 Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 315-9.
- 9 Saliba O et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-7.
- 10 Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev. Saúde Pública* 2000; 34(6): 659-65.
- 11 Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2000; 8(1): 91-7.
- 12 Leal SMC, Lopes MJM. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(2): 419-31.
- 13 Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Revista Promoção da Saúde* 2002; 6: 31-6.
- 14 Cavalcanti, LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(1): 31-9.

15 Oliveira EM et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3): 376-82.

16 Dal'ri M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

17 Sordi MRL, Bagnato MHS. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 1998; 6(2): 83-8.

18 Campos FE et al. Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2000; 24(3): 53-9.

19 Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO* 2003; 3(1): 24-7.

20 Coelho IM. O ensino de graduação e currículo. *In: Graduação em debate*. Curitiba: UFPR/PROGRAD; 1994. 26p.

21 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 2004; 14(1): 41-65.

22 SUCUPIRA AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23): 624-7.

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

01) Identificação

Curso:..... **Fase:**.....

Idade: **Sexo:** () M () F

Estado Civil:

() Solteiro(a) () Vive com companheiro(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a)

02) Já presenciou alguma situação de violência?

() Sim Não ()

Caso sim, o que você sentiu:

03) Você conhece alguém que sofreu violência?

() Sim Não ()

Caso sim,

Poderia relatar qual sua proximidade com essa pessoa? _____

Que tipo de violência ela sofreu? _____

04) Você de alguma forma já foi violento (a) com alguém?

() Sim Não ()

Caso sim, em que situação?

05) Assinale quais destas situações você considera violência:

- Não permitir a liberdade individual.
- Ameaçar vingança.
- Furar a fila enquanto aguarda um atendimento.
- Falar alto com os pais.
- Provocar constrangimento.
- Passar cheque sem fundo.
- Não permitir o uso de método contraceptivo.
- Não respeitar a faixa de pedestre no trânsito.
- Repassar uma doença sexualmente transmissível.
- Transar sem camisinha.
- Forçar uma relação sexual.
- Ter mais de um parceiro(a) sexual.
- Assoviar para um(a) garoto(a) na rua.
- Assaltar a mão armada.
- Não socorrer a vítima após acidente de trânsito.
- Não fazer exercício físico regularmente.
- Dar um empurrão ou beliscão.
- Interromper a fala de alguém.
- Dar pontapé no colega de turma.
- Não procurar atendimento à saúde quando necessário.
- Dar palmada no(a) filho(a).
- Trapacear um colega no jogo.

06) Qual destas leis trata sobre violência:

- Lei do Controle Social
- Lei Maria da Penha
- Lei do Planejamento Familiar
- Lei Carta Magna

07) Se você soubesse que um(a) paciente seu(sua) foi violentado(a), você orientaria para ele(a) procurar (classifique por ordem de importância. Ex.: 1º,2º,3º...):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Polícia/Delegacia | <input type="checkbox"/> Padre ou algum líder religioso |
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Organização dos moradores do bairro |
| <input type="checkbox"/> Serviços sociais | <input type="checkbox"/> Serviços jurídicos/Advogado |
| <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Outro_____ |

08) Você já sofreu algum tipo de violência?

- Sim Não

Caso sim, Qual tipo de violência:

Em que situação?

09) Para você, qual destes profissionais está mais envolvido com as possíveis vítimas da violência (assinale apenas uma opção):

- Enfermeiro(a)
 Médico(a)
 Odontólogo(a)
 Outro_____

10) As pesquisas científicas apontam que os profissionais da saúde, em sua grande maioria, possuem dificuldades para diagnosticar pacientes que foram vítimas da violência. Em sua opinião, por que isso acontece?

11) Como profissional de saúde você pode contribuir para amenizar as consequências da violência?

() SIM () NÃO

Caso sim, como?

12) O que é violência para você?

13) O tema violência foi abordado durante sua graduação?

() Sim Não ()

Caso sim, em que momento?

14) Você considera importante a discussão do tema violência para a sua formação profissional?

() SIM () NÃO

Por quê?

15) Se você fosse sugerir para o seu curso o estudo de algum tema voltado para violência, você daria preferência para (classifique por ordem de importância. Ex.: 1º,2º,3º...):

- () Violência contra o adolescente
() Violência contra o idoso
() Violência contra a criança
() Violência contra a mulher
() Outro tipo de violência _____

16) Para você, o que é violência:

Física: _____

Psicológica: _____

Sexual: _____

17) Você considera que o tema violência diz respeito ao profissional de saúde?

() SIM

() NÃO

Caso sim, por quê?

Caso não, qual(quais) profissional(ais) está(ão) envolvido(s)?

Obrigada pela participação!

ANEXO 1

Revista Interface – Instruções para os autores

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos

inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Forma e preparação de manuscritos

SEÇÕES

Dossiê — textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos — textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates — conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos (até sete mil palavras).

Espaço aberto — notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas — depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros — publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses — descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência (título e resumo em português e inglês - até quinhentas palavras - e palavras-chave em português e inglês). Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação — textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes — notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até mil palavras).

Cartas — comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

Envio dos manuscritos

SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções.

Os originais devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Times New Roman, corpo 12, espaço duplo, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática.

Da folha de rosto deve constar título (em português, espanhol e inglês) e dados do autor (nome completo, formação, titulação, vínculo institucional, endereço completo, telefone e e-mail). Em texto com três autores ou mais devem ser especificadas as contribuições individuais de cada um na preparação do mesmo. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Da primeira página deve constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:
<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

Ilustrações - tabelas, figuras, gráficos e desenhos devem ser enviados em páginas separadas, com legendas, numeração e indicação do local de inserção no texto. Especificações: resolução de 400 dpi, até 18 x 24 cm, gerados em programas de imagem (corel draw ou photoshop) ou arquivos TIFF ou JPEG, preto e branco ou tons de cinza.

Notas de rodapé - numeradas, sucintas, usadas somente quando

estritamente necessário.

Citações - referências no texto devem subordinar-se à forma (**Autor, data, página**). As referências citadas devem ser listadas no final do texto, em ordem alfabética, segundo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023), conforme os exemplos:

LIVROS: FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: Ed. Unesp, 2000.

ARTIGOS em REVISTAS: TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997.

TESES: IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

EVENTOS: PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

CAPÍTULOS DE LIVROS: QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina:** a era das tecnologias do virtual. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

documentos eletrônicos: Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Interface - Comunicação, Saúde, Educação aceita apenas textos inéditos. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O

material será devolvido ao(s) autor(es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2008 Fundação Uni

Distrito de Rubião Junior, s/nº
Caixa Postal 592
18618-000 Botucatu SP Brasil
Tel./Fax: +55 14 3815-3133



intface@fmb.unesp.br

Revista Ciência e Saúde Coletiva – Instruções para os autores

Objetivo e política editorial

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e

resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade bimestral, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista C&SC adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.

Debate: encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.

Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000

caracteres.

Resenhas: análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.

Cartas: crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).

Observação: O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (www.cienciaesaudecoletiva.com.br) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar

ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em

disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em

fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de !maturidade do PSF"
11
...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (inclua até 6 autores, seguidos de *et al.* se exceder a esse número)

Pelegriini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev C S Col* 2005; 10(2):275-86.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, *et al.* Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Rev C S Col* 2005; 10(2):483-91.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-4

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(Supl 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco;

2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/Ibama; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-2.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2008 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Av. Brasil, 4036 - sala 700 Manguinhos
21040-361 Rio de Janeiro RJ - Brazil
Tel.: +55 21 2290-4893 / 3882-9151


revscol@fiocruz.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____ coloco-me à disposição e manifesto minha vontade de participar como sujeito da pesquisa de dissertação de mestrado com o título: “Violência: percepção dos graduandos da área da saúde”. Estou ciente de que este projeto tem o objetivo de compreender como os acadêmicos da área da saúde percebem a violência física, psicológica e sexual.

Esta pesquisa será realizada através da aplicação de um questionário semi-estruturado com acadêmicos da área da saúde e não apresenta riscos para seus participantes pesquisados, pois acima de qualquer dado que se pretenda obter, a liberdade de expressão com direito a limites, serão estabelecidos pelos próprios participantes.

A matéria da pesquisa trata sobre a percepção dos acadêmicos da área da saúde sobre a violência, levando em consideração as respostas apresentadas pelos alunos que responderem ao questionário.

Deste modo, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para desvelar o tema a violência na sociedade e também auxiliar as Políticas Públicas que abordem o tema.

Estou ciente de que responderei ao questionário individualmente em uma sala de aula na Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC, após aprovação da coordenação do curso e do professor ministrante da disciplina.

Os questionários serão arquivados no departamento de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal / UFSC, assegurando o sigilo absoluto e privacidade de sua identidade, uma vez que o único objetivo é a análise imparcial na elaboração dos fundamentos desta pesquisa.

Enquanto sujeito voluntário na pesquisa lhe será salvaguardado os direitos de desistência em qualquer momento durante a aplicação do questionário ou de retirar o consentimento, sem nenhum prejuízo, uma vez que a prioridade deste trabalho é garantir o bem-estar do entrevistado.

A entrevista será dirigida por esta pesquisadora (Rosiléia Rosa), orientada pela Prof^a Dra. Elza Berger Salema Coelho.

Qualquer dúvida ou necessidade de contato se fará prontamente no endereço:

Rua: General Estilac Leal, 129 301/A
Bairro: Coqueiros Florianópolis / SC
Cep: 88080-760 Telefone: (48) 9962-3547
E-mail: rosileia.rosa@hotmail.com

Elza Berger Salema Ceolho
Pesquisadora Responsável

Rosiléia Rosa
Pesquisadora Principal

Participante Pesquisado

Florianópolis SC, __/__/__

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA