



Assistentes sociais, saúde e violência: da insegurança individual ao enfrentamento coletivo

Social workers, health and violence: from individual insecurity to collective confrontation

Ailton de Souza Aragão¹
Elcilene Marcia da Silva Otoni²

RESUMO:

Pesquisa realizada com Assistentes Sociais que atuam no Sistema Único de Saúde em vários níveis de complexidade em um município no estado de Minas Gerais. Objetivou identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para a notificação compulsória da violência. Trata-se de estudo qualitativo que adotou a estratégia de “bola de neve” para identificação e seleção dos participantes e adotou entrevistas semiestruturadas para coleta de informações. As categorias temáticas apontam para a falta de capacitação, ainda na formação universitária, o receio de sofrer ameaças bem como ser vítima de violência no processo de trabalho. Notificar exige, além de conhecimento obtido com a formação continuada, romper o silêncio e auxilia na produção de informação de qualidade, as quais podem fomentar o planejamento e a efetivação de direitos sociais, por meio de ações preventivas e estímulo de ações de cuidado integral às vítimas e aos profissionais.

Palavras-chave: notificação; violência; saúde pública; assistente sociais; desafios

ABSTRACT:

Research carried out with Social Workers who work in the Unified Health System at various levels of complexity in a municipality in the state of Minas Gerais. It aimed to identify the challenges faced by professionals for the compulsory notification of violence. This is a qualitative study that adopted the “snowball” strategy for identifying and selecting participants and adopted semi-structured interviews to collect information. The thematic categories point to the lack of training, even in university education, the fear of being threatened as well as being a victim of violence in the work process. Notifying requires, in addition to knowledge, obtaining with continuing education, breaking the silence and helping in the production of quality information, so

¹ Doutor em Ciências (EERP-USP). Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU). Docente Associado I, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva (UFTM, ICS-DeSCo).

²Assistente Social. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, na Universidade Federal de Uberlândia (PPGAT-UFU).



that they can encourage planning and the realization of social rights, through preventive actions and encouragement of care actions to victims and professionals.

Keywords: notification; violence; public health; social worker; challenges.

Introdução

Os impactos da violência sobre os sistemas de saúde globais a fizeram ser considerada um problema global de saúde pública. Conceitualmente, é um fenômeno polissêmico, complexo e multicausal. Dentre suas formas de re-produção identificamos nas estruturas sociais das relações de produção capitalistas. No tocante aos trabalhadores, a magnitude da violência exige uma compreensão teórica ampliada aliada às capacidades de acolher as vítimas e de notificar o agravo e, destas, estruturar formas de atuação e superação de suas expressões (Minayo, 2020).

Para esse estudo será adotado o conceito cunhado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber:

Uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Dahlberg; Krug, 2002, p. 5).

O conceito associa a intencionalidade com o próprio ato, independentemente do resultado produzido. A inclusão da palavra “poder” e “uso da força física” amplia a natureza do ato violento ao expandir a compreensão da violência para incluir os atos que são resultantes de uma relação de poder, incluindo ameaças e intimidações (Dahlberg; Krug, 2002).

Sob esse prisma conceitual, a violência gera vítimas fatais ou ocasiona morbidades. O Ministério da Saúde, em 2018, registrou 57.956 homicídios no Brasil, ou seja, uma taxa nacional de 31,6% das mortes para cada 100 mil habitantes, destes 91,8% são homens, 53,5% são jovens e 75,7% são negros. As vítimas do sexo masculino que são solteiros representam 80,4%, e 71% no caso das mulheres. Quanto à escolaridade, 74,3% dos homens tinham, no máximo, sete anos de estudos, enquanto o indicador para



mulheres é de 66,2%. Dentre os homicídios citados acima, 77,1% dos homens e 53,7% das mulheres foram vitimados por arma de fogo (Atlas [...], 2019b).

No mesmo ano, foram assassinadas 4.519 mulheres, representando 4,3% das mortes para cada 100 mil habitantes. No tocante à violência doméstica, um alto índice de mulheres enfrenta dificuldades para registrar as ocorrências de agressão e muitas não realizam a denúncia por medo ou vergonha (Atlas [...], 2019a).

São dados que apontam a violência como determinante social relevante para a saúde de milhões de pessoas no Brasil e ao redor do planeta (Atlas [...], 2019a; Dahlberg; Krug, 2002). A questão social retroalimenta as iniquidades no acesso aos serviços de proteção social públicas, dos quais os de saúde. As manifestações das violências, desde as interpessoais até as promovidas pelo Estado, por exemplo, demonstram o alinhamento do fenômeno às transformações histórico-sociais inerentes às contradições da sociedade capitalista (Lamas; Oliveira, 2017).

Dessa forma, pergunta-se: qual seria a atribuição do Estado em dirimir os efeitos produzidos pelas muitas formas de violência? Na acepção marxiana, é na luta de classes que o Estado aparece com o objetivo de assegurar a acumulação capitalista por meio de um sem número de estratégias jurídicas, educacionais e mesmo midiáticas (Lamas; Oliveira, 2017). Logo, a estrutura estatal não interfere no sistema de produção que gera a violência. Na análise positivista-funcionalista, a violência começa e termina no indivíduo, que não se ajustou às lógicas de “andar a vida” na sociedade do capital.

Esse reducionismo está longe de ser apenas teórico. As estratégias institucionais de repressão aos pobres, favelados, pessoas em situação de rua, negros, integrantes de movimentos sociais, entre outras minorias sociais, valem-se dessa construção teórico-político-jurídica da representação do “marginal” que criminaliza o pobre. Essa é uma perspectiva individual que isenta o Estado de seu dever constitucional de “proteção”, ao impor ao indivíduo a pecha de violento, confundindo, intencionalmente, com o conceito de agressividade (Lamas; Oliveira, 2017; Rosado; Freitas, 2020).

Como forma de mitigar essa contradição histórica, o Estado brasileiro promulgou a Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a qual universalizou a notificação da violência para todos os serviços de saúde. Todos os casos precisam ser cadastrados



e enviados para a Vigilância Epidemiológica, para identificar a dimensão do problema e subsidiar ações para seu enfrentamento (Brasil, 2017).

Entretanto, as dificuldades enfrentadas para realizar a notificação do agravo estão relacionadas ao fato de a violência ser um “fenômeno da ordem do vivido, e suas manifestações são ocasionadas por uma forte ação emocional de quem pratica, de quem sofre e de quem presencia tal acontecimento” (Minayo, 2006, p. 14).

Conforme a Portaria nº 104/2011, do Ministério da Saúde, notificar-se-iam, compulsoriamente, casos suspeitos ou confirmados de violências doméstica/intrafamiliar, violência sexual, violência autoprovocada, violências contra crianças, adolescentes, pessoas idosas, indígenas e pessoas com deficiência, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas (Brasil, 2017).

A notificação compulsória produz dados que, devidamente analisados, geram uma compreensão da amplitude, a importância e a situação dos agravos no Brasil, seus estados e municípios. As informações epidemiológicas oriundas da notificação subsidiariam políticas públicas na prevenção das situações de violência, capacitariam os profissionais para o acolhimento e o cuidado às pessoas que vivenciam as violências, e, finalmente, possibilitariam a reflexão crítica do problema (Brasil, 2017).

A Portaria nº 104/2011 preconiza que o profissional que faz o primeiro acolhimento da vítima de violência deve realizar a notificação, por ter maiores informações sobre o caso. Porém, a instituição de saúde teria autonomia para definir outro profissional para fazê-lo, conforme a realidade de cada situação (Brasil, 2017). No entanto, a notificação da violência se constitui em um desafio aos profissionais de nível superior que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), como as/os assistentes sociais, atuantes nos vários níveis de complexidade.

Pelo exposto, objetivou-se compreender o processo de notificação das violências pelos profissionais do Serviço Social que atuam no SUS de um município mineiro, bem como identificar os principais desafios que influem na subnotificação ou na falta de notificação aliada às possibilidades de atuação frente à temática.



Para tanto, a pesquisa fora realizada em município do Triângulo Mineiro, com população estimada de 699.097 habitantes e que possui uma ampla rede de saúde pública (IBGE, [2020]).

No campo da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Serviço Social, o estudo contribui com a ampliação das possibilidades de notificação das violências pelos profissionais do Serviço Social que atuam nos muitos equipamentos de saúde no SUS, como forma de efetivar os direitos à proteção integral das vítimas que incorrem para os serviços de saúde e, destes, para a rede de proteção local.

Métodos e Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, cujo tema fora a notificação compulsória da violência no processo de trabalho dos(as) assistentes sociais na saúde pública.

Os participantes foram identificados e selecionados com a técnica de amostragem não probabilística denominada “bola de neve” (*snowball sampling*), no qual um(a) participante inicial, nomeado(a) como “semente”, indica outro(a) profissional da área do Serviço Social que atua em algum dos serviços de saúde pública no município, e assim sucessivamente, até a ponto de saturação dos dados (Berg, 1988).

A saturação das narrativas foi verificada quando da repetição de argumentos que se alinhavam aos conceitos apreendidos *a priori* pelos pesquisadores, como “violência” e “notificação”. Assim, constatou-se, já no processo de leitura flutuante, que seguir com a busca de mais participantes não agregaria ao esquema teórico selecionado, haja vista ter-se verificada sua consistência interna no conjunto de depoimentos obtidos (Ribeiro; Souza; Lobão, 2018).

Compuseram o grupo de participante 12 assistentes sociais que atuam na área da saúde, a saber: Atenção Básica em Saúde, Atenção Especializada e de Atenção de Alta Complexidade. Foram incluídos participantes com idade superior a 19 anos; sem distinção étnica; sem predileção por atuação nos níveis de complexidade do SUS; sem



limite quanto ao tempo de atuação na profissão e que aceitaram participar da pesquisa e fornecer informações pelo método descrito.

Como forma de garantir o anonimato, a coleta de dados não foi realizada em uma instituição ou serviço. Para tanto, o local para realização das entrevistas e aplicação dos questionários foi determinado pelo(a) próprio(a) participante, de acordo com a sua disponibilidade.

Não se construiu a pesquisa a partir de um dos níveis de complexidade no SUS, haja vista chamarmos a atenção para a atuação dos profissionais frente ao problema da notificação da violência que, independentemente dos serviços de saúde que atuavam, infere-se que estes poderiam reconhecer o modo de proceder com a notificação caso lhes fosse atribuída tal incumbência.

Um questionário permitiu elaborar um perfil sociodemográfico dos participantes, seguido por uma entrevista semiestruturada, gravada e transcrita na íntegra pelos pesquisadores. Minayo (2013) explica que esse processo de escuta por parte do pesquisador e de narrativa dos profissionais depoentes estimula o exercício de reavaliação e compreensão de si e do estar-no-mundo de ambos em relação a um tema ou problema, sobre as práticas cotidianas, sobre a história e o mundo, enfim.

A pesquisa observou e seguiu as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Os procedimentos da pesquisa tiveram início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número C.A.A.E: 15315719.3.0000.5154 e Parecer: 3.560.508, aprovado em 07 de setembro de 2019.

Os dados foram organizados e analisados conforme a Análise de Conteúdo, “que é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos) extremamente diversificados” (Bardin, 2011, p. 15). Cujas fases compreendem: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e e) interpretação dos resultados (Bardin, 2011, p. 15).

A primeira fase é composta pelos critérios de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A fase de codificação utiliza-se a técnica do



recorte, diante da relevância dos dados, seguida pela classificação, agregação e isolamento dos elementos, categorizando-os (Urquiza; Marques, 2016).

No tratamento dos resultados é aplicada a operação lógica, pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras. Por fim, a interpretação de resultados, o pesquisador demonstra seu domínio do referencial teórico (Bardin, 2011).

A transcrição dos depoimentos dos assistentes sociais foi apresentada e identificada da seguinte forma: entrevistados, com código numérico de (01) a (12); e serviços de referência na saúde denominados como Atenção Básica de Saúde (ABS); Emergência e Urgência (E-U); e Serviço Hospitalar (SH).

Os dados coletados foram agrupados em categorias iniciais, intermediárias e categorias finais, descritas a respeito da temática, que se constitui das narrativas dos entrevistados e com o respaldo do referencial teórico. Da interpretação dos relatos dos/das assistentes sociais relativamente à violência e aos desafios enfrentados em realizar a notificação, emergiram duas categorias temáticas: Categoria 1 – Ausência de capacitação e insegurança no processo de trabalho: o ocaso na graduação e no serviço; e Categoria 2 – Desafios para notificar: as ameaças e a saúde mental das/dos profissionais, conforme ilustra o quadro 1.

Quadro 1 - Categorias de análise que emergiram da coleta de dados nas entrevistas (Minas Gerais, Brasil, 2020)

Iniciais	Intermediárias	Finais
1. Subnotificação da violência	I. Conscientização da importância das notificações	I. Ausência de capacitação e insegurança no processo de trabalho: o ocaso na graduação e no serviço
2. Descredito de que a notificação possa produzir proteção social		
3. Falta de interesse público em divulgar os números de violência para própria equipe		
4. Dados epidemiológicos da violência permitem estratégias de enfrentamento e prevenção da violência		
5. A violência como um grave problema de saúde pública e violação dos direitos	II. Qualificação da equipe	
6. Falta de capacitação dos profissionais em relação à notificação da violência		
7. Falta de conhecimento dos dados notificados		
8. A temática “violência” como base curricular do curso de Serviço Social		
9. Falta de conhecimento das violências notificáveis: como a autoinfligida		



Iniciais	Intermediárias	Finais
10. O desafio em trabalhar com a vítima de violência		
11. Medo das consequências da notificação	III. Medo e insegurança	II. Desafios para notificar: as ameaças e a saúde mental das/dos profissionais
12. Ameaças e represaria ao profissional por ter realizado a notificação		
13. Insegurança em relação à proteção das políticas públicas		
14. Carga emocional no trabalho com as situações de violências	IV. Carga emocional e sobrecarga profissional	
15. Sobrecarga e responsabilidade profissional em notificar		

Fonte: Autor.

Os participantes da pesquisa

A maioria dos profissionais se concentra entre a faixa etária dos 36 aos 45 anos, representando 50% do público, sendo a pessoa mais nova com 27 anos e a mais velha com 60 anos. Observou-se um equilíbrio étnico no grupo pesquisado, contudo, destaca-se que os maiores rendimentos se concentram entre os assistentes sociais que se autodeclararam de cor branca, representando 57,15%; em relação aos 42,85% dos profissionais de cor parda.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (Minas Gerais, Brasil, 2019)

Variáveis sociodemográficas	Nº	%
Sexo		
Feminino	10	83,33
Masculino	2	16,67
Faixa etária		
25 a 35 anos	4	33,3
36 a 45 anos	6	50,0
46 a 60 anos	2	16,6
Cor autorreferida		
Branco	6	50,00
Pardo	6	50,00
Estado civil		
Casados ou união consensual	7	58,33
Solteiro	2	16,67
Divorciado	2	16,67
Viúvo	1	8,33
Tem filhos/quantidade		
Sim		
1	4	33,33



Variáveis sociodemográficas	Nº	%
2	4	33,34
Não	4	33,33
Renda salarial		
De 1 a 3 salários mínimos*	5	41,67
De 4 a 7 salários mínimos	7	58,33
Pós-graduação		
Especialização	8	66,67
Residência	3	25,00
Mestrado	1	8,33

* Valor de referência do salário mínimo: R\$ 1045,00 reais em jan. 2020.

Fonte: Autor.

No grupo pesquisado, dois assistentes têm especialização na área de Trabalho Social com Família; um em Saúde da Família; um em Saúde do Trabalhador e Gestão Hospitalar; um na área de Gestão Empresarial e Marketing; um especializado na área de Gestão de Projeto Social e Manejo de Grupos; um em Seguridade Social e Gestão de Pessoas; um em Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em Estado Crítico; e um com mestrado em Ciências Sociais.

Tabela 2 - Atuação na saúde pública (Minas Gerais, Brasil, 2019)

Variáveis profissionais	Nº	%
Serviço em que atuava		
Saúde Pública	12	100,00
Serviço Hospitalar (SH)	4	33,33
Atenção Básica Saúde (ABS) e Emergência e Urgência (E-U)	3	25,00
Somente Atenção Básica Saúde (ABS)	3	25,00
Somente Emergência-Urgência (E-U)	2	16,67
Tempo de formação no Serviço Social		
< 10 anos	6	50,00
10 - 20 anos	4	33,33
> 20 anos	2	16,67
Tempo de atuação na saúde		
> 5 anos	7	58,33
2 – 4 anos	2	16,67
< 1 ano	3	25,00

Fonte: Autor.



A atuação do assistente social está bem distribuída pelo setor da Saúde no município pesquisado. Ainda, 25% dividem seu tempo de trabalho em duas frentes: Atenção Básica em Saúde e Emergência-Urgência.

Resultados

Ausência de capacitação e insegurança no processo de trabalho: o ocaso na graduação e no serviço

As narrativas dos entrevistados traduzem, cada qual a seu modo, a relevância que a capacitação adquire diante da realidade complexa da violência que é atendida nos serviços de saúde.

Segundo o entrevistado 01/SH, dois elementos se complementam para efetivar o preconizado na legislação sobre a notificação:

[...] necessidade de qualificação da equipe para preencher corretamente as notificações, [e] falta a conscientização [sobre a] importância das notificações no processo de trabalho.

Os participantes de outros equipamentos de Saúde, como da Urgência-Emergência, apontam que na graduação em Serviço Social não estudaram a violência como fenômeno e tampouco a importância da notificação. Contudo, há o reconhecimento de que a violência seja:

[...] um agravo da saúde pública e uma expressão da questão social” (Entrevistado 02/E-U).

E no processo de ingresso no serviço de saúde essa lacuna permaneceu, por não ter:

[...] capacitação para realizar a notificação e atender as demandas da violência [pois dessa ação depende] exercer o cuidado e encaminhamentos necessários as vítimas (Entrevistado 05/ABS).

Outro participante, que atua em dois equipamentos de saúde, reconhece que a notificação é relevante, pois permite:



[...] o atendimento e o acompanhamento das vítimas, e o planejamento de projetos de ação e implementação das políticas públicas para oferecer cuidados melhores e eficientes as vítimas (Entrevistado 06/ABS/E-U).

Nessa seara, uma participante que atua no serviço hospitalar afirma que:

Toda equipe precisa ser preparada para saber identificar as possibilidades de notificação da violência, inclusive a violência sexual contra homens, contra idoso e outras violências. Têm profissionais que não sabem identificar essas situações, lá no atendimento, não conseguem identificar o relato, como uma possível situação de violência devido à falta de conhecimento e desinteresse em documentar o fato, para que assim sejam possíveis as futuras condutas (Entrevistada 10/SH).

Desafios para notificar: as ameaças e a saúde mental das/dos profissionais

Os relatos dos profissionais apontaram para os desafios enfrentados na realização da notificação da violência, dentre eles a insegurança de notificar e sofrer ameaças por parte dos autores da violência que foi identificada ou por seus familiares e como essa possibilidade influi no processo saúde-doença dos mesmos.

Considero que os profissionais estão sempre com medo das consequências, ou seja, ser agredido fisicamente ou verbalmente, sofrer ameaças, represálias ou perseguições, diante da falta de proteção ao profissional (Entrevistado 06/ABS/E-U).

Na compreensão do entrevistado 09/SH:

O medo das consequências de notificar, está relacionado ao fato do profissional conhecer o agressor, que na maioria das vezes mora próximo as unidades de saúde e assim este profissional se torna passível de ameaças e outras formas de violências.

Temor que é compartilhado pelo entrevistado 12/ABS:

Você está com uma pessoa vítima de violência e o agressor está do lado de fora e isso acaba intimidando e sobrecarregando psicologicamente, fisicamente, não tem como dizer que não sinto medo, a carga emocional de situações de violência é muito pesada.

Assim, ter medo de notificar e ser mais uma vítima influi no processo saúde-doença do trabalhador do Serviço Social e dos demais profissionais, enquanto classe,



haja vista as fragilidades da política de saúde do município pesquisado e no Brasil. Como descreve um participante:

Tenho medo de notificar pois não acredito que tenho proteção institucional se for ameaçada pelo agressor (Entrevistado 02/E-U).

Para fazer frente a esse cenário:

As políticas públicas precisam ser mais resolutivas diante das demandas apresentadas, permitindo uma melhor intervenção social e consequentemente possibilitar diminuir os verdadeiros números que ainda são mascarados, ou subnotificados pois não condizem com a realidade (Entrevistado 07/ABS/E-U).

Discussão

Os profissionais que acolheram as vítimas de violências nos serviços em que atuam demonstraram que a capacitação deve promover a conscientização sobre a importância da notificação da violência. A ausência da primeira, ainda na formação universitária, e a inexistência de programas de capacitação após o ingresso no serviço público de saúde pode gerar insegurança para notificar ou mesmo não notificar. Reflexão semelhante fora apresentada por Souza *et al.* (2015) quando de estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia, acerca do atendimento de violência infanto-juvenil em serviços de emergência.

A notificação da violência é compulsória aos profissionais da saúde, porém, para efetivar urge treiná-los e orientá-los. Ao realizar a notificação os dados dão visibilidade ao conjunto de fatores que podem ter desencadeado o fenômeno, contribuindo para o dimensionamento das situações de risco e de vulnerabilidade e evitando a subnotificação (Garbin *et al.*, 2015).

Outros fatores que influem na subnotificação da violência no Brasil se dirigem às regulamentações técnicas, à ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais notificantes e à falta de apoio das próprias unidades de saúde para com o profissional (Garbin *et al.*, 2015). Aliadas ao excesso de atendimentos, à ausência de recursos, à falta de privacidade e a descrença na resolutividade atribuída à notificação (Souza *et al.*, 2015).



Compreender a violência como expressão da questão social é trazê-la para o campo das contradições das relações sociais capitalistas. Para enfrenta-la exige-se a estruturação e manutenção de políticas públicas aliada, por exemplo, à construção de fluxos de encaminhamentos intersetoriais para as vítimas (Egry; Apostolico; Moraes, 2018). Dito de outro modo:

A capacitação para atuar nos casos de violência engloba tanto aspectos de fluxo e procedimentos como de uma compreensão ampliada do fenômeno, incluindo conhecimentos sobre gênero, geração e estratégias diversificadas de reconhecimento e enfrentamento (Egry; Apostolico; Moraes, 2018, p. 90).

Essas políticas exibem sua potencialidade sob a forma de capacitação como meio de efetivar a notificação da violência para os assistentes sociais; aliada à uma concomitante fragilidade: não se apresenta no contexto da formação inicial do/da assistente social ou por meio de iniciativas de capacitação dos gestores municipais de saúde (Brasil, 2017; Garbin *et al.*, 2015).

O estudo de Faraj, Siqueira e Arpini (2016, p. 909), realizado junto à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Ministério Público e três Conselhos Tutelares de um município do Rio Grande do Sul, apontou que:

[...] a comunicação dos casos de violência aos órgãos de defesa do Sistema de Garantia de Direitos não é uma tarefa fácil, pois pode envolver diversos fatores, entre eles, medo, ansiedade e incertezas dos profissionais no processo de trabalho.

Os resultados desse estudo convergem com os achados de Nascimento *et al.* (2019), em seu estudo com profissionais da Estratégia da Saúde da Família em um município do Mato Grosso, que relataram os desafios do atendimento/notificação dos casos de violência doméstica. Os pesquisadores concluíram que os trabalhadores que intervêm nessas situações precisam receber proteção de forma que não sejam vítimas de ameaças dos prováveis autores das violências. Assim, o profissional e o serviço que realizou a notificação do caso aos órgãos competentes não podem ter sua identidade exposta, para também não se tornarem uma vítima da violência (Brasil, 2017; Nascimento *et al.*, 2019).



Seja no atendimento hospitalar ou na Atenção Básica o contato cotidiano com o sofrimento das vítimas e com possíveis ameaças produz insegurança e desperta questionamentos que suscitam um sentimento de impotência em obter soluções imediatas. Esse contexto inspira instituir espaços que oportunizem sensibilizar e capacitar as equipes quanto ao autocuidado diante das situações que chegam aos serviços de saúde no município mineiro pesquisado, a fim de promover uma ação no enfrentamento estrutural da violência (Brasil, 2001).

Conforme normatizam as leis brasileiras, a notificação da violência é uma responsabilidade institucional, e não simplesmente individual, seja contra crianças, adolescentes, mulheres ou idosos, logo, há códigos jurídicos que instituem e normatizam a notificação. Logo, ao constatar a segurança jurídica, o profissional poderá realizar a notificação e promover que as políticas públicas de proteção sejam efetivadas, dentre elas as de saúde. Ao mesmo tempo, fomenta a proteção integral sob a forma de redes mais efetivas (Brasil, 1988, 2001, 2002; Egrý; Apostolico; Moraes, 2018; Faraj; Siqueira; Arpini, 2016; Garbin *et al.*, 2015; Vilela, 2008).

Embora a notificação da violência no Brasil seja compulsória aos profissionais da saúde, constata-se no país uma subnotificação, “sendo estimado que, para cada caso de violência notificado, 10 a 20 não são notificados” (Faraj; Siqueira; Arpini, 2016, p. 910). As informações contidas na ficha de notificação compõem um amplo sistema de informações – o VIVA, que colaborará para o dimensionamento e o acompanhamento epidemiológico da violência. Logo, é um instrumento que contribui para a implementação de políticas públicas de vigilância e assistência às vítimas. A notificação é a comunicação do agravo às autoridades sanitárias responsáveis para propugnar estratégias de intervenção e planejamento de prevenção das múltiplas violências (Lima; Deslandes, 2015).

A análise dos dados de notificação promove o dimensionamento epidemiológico da violência em suas variáveis e, a partir desta, políticas podem ser avaliadas, novas podem ser implementadas ou mesmo descontinuadas; ações de prevenção, proteção, reabilitação e acompanhamento das vítimas podem ser produzidas intrasetorialmente, como a saúde em níveis de complexidade; e intersetorialmente, conectando ações do



setor saúde com os demais, como a educação, a proteção social, por exemplo (Garbin *et al.*, 2015; Ribeiro; Silva, 2018).

A notificação dos fatos de violência, como uma prática do profissional, permite que os profissionais da Assistência Social olhem, também, para sua saúde, como trabalhadores do setor saúde, que requerem assistência psicológica, proteção para que não sofram represálias ou ameaças dos possíveis agentes das violências, logo, sobressaindo a violência e não as formas de a coibir (Garbin *et al.*, 2015; Ribeiro; Silva, 2015; VILELA, 2008).

Dialeticamente, a assistência e a proteção aos trabalhadores da saúde diante das possíveis ameaças dos perpetradores das violências, demonstram a fragilidade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) aliadas à inexistência de estratégias estruturais de proteção. Haja vista que, como exposto, o despreparo dos profissionais é oriundo da ausência de iniciativas de capacitação e acolhimento dos mesmos sob a forma de estratégias programáticas. Destarte, o medo de notificar, a impossibilidade de resolução de alguns casos, as frustrações, as decepções e o sofrimento impactam na saúde mental dos trabalhadores da área (Pintor *et al.*, 2019; Ribeiro; Silva, 2018; Vilela, 2008).

Considerações finais

Notificar a violência está para além de sua referência ético-normativa e do seu reconhecimento como ação estratégica para garantia de direitos das pessoas que foram vítimas de violência. A efetividade da notificação passa, como vimos, pela formação inicial dos futuros/as Assistentes Sociais e continua quando assumem os locais de trabalho no setor saúde, independente do grau de complexidade.

A formação continuada para o enfrentamento das violências requer uma mudança paradigmática: do olhar uniprofissional, do agir isolado, e intrasetorial, desconectado dos demais agentes, para oportunidades formativas multiprofissionais que viabilizem ações intersetoriais.

A insegurança ante o temor da quebra de sigilo ou de ameaças coloca os profissionais do Serviço Social que atuam na saúde, embora não lhes seja exclusivo, como os responsáveis pelas violências que venham a sofrer. Embora haja no Brasil estatutos que protejam as vítimas das



muitas formas de violência, contraditoriamente, constata-se um distanciamento dessas normas para os trabalhadores.

Dentre as limitações do estudo, destacam-se a dificuldade de acesso aos resultados oficiais sobre a violência no município pesquisado nas plataformas de informação, e a baixa produção científica relacionada à temática por parte dos profissionais do Serviço Social.

Referências

ATLAS da violência 2019. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019a. Disponível em:
<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/downloads/6537-atlas2019.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2020.

ATLAS da violência 2019: retratos dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019b. Disponível em:
https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190802_atlas_da_violencia_2019_municipios.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERG, S. Snowball Sampling. In: KOTZ, S.; JOHNSON, N. L. (ed.). *Encyclopedia of Statistical Sciences*. Hoboken: Wiley, 1988. p. 528-532.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1E, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://nhe.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2017/03/notificacao-violencias-2017.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2020.



DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. In: KRUG, E. G et al. (ed.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. p. 3-22. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 5 set. 2019.

EGRY, E. Y; APOSTOLICO. M, R; MORAIS. T, C, P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 83–92, 2018.

FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C. ; ARPINI, D. M. Notificação da violência: percepções de operadores do direito e conselheiros tutelares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 36, n. 4, p. 907-920, out./dez. 2016. DOI: 10.1590/1982-3703000622014. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/6de3af543cf7b83235a162ff0c563158/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2047533>. Acesso em: 20 maio 2018.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. Í. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1879-90, jun. 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015206.13442014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

IBGE. *Cidades IBGE: Uberlândia*. Rio de Janeiro: IBGE, [2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>. Acesso em: 5 jan. 2021.

LAMAS, F. G.; OLIVEIRA, E. A. Democracia e luta de classes na atual ordem sócio metabólica do capital. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 103–110, jan. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-49802017.00100012>. Acesso em: 11 ago. 2020.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 661-673, 2015. DOI: 10.1590/S0104-12902015000200021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gcqQpgYpY5tC3DZmtvbDs8J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. et al. (org.). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/p9jv6/pdf/njaine-9786557080948.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.



MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).

NASCIMENTO, V. F.; ROSA, T. F. L.; TERÇAS, A. C. P.; HATTORI, T. Y.; NASCIMENTO, V. F. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 23, n. 1, p. 15-22, jan./abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v23i1.2019.6625>. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6625>. Acesso em: 2 abr. 2021.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados?. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. iii-vii, 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213>. Acesso em: 1 jul. 2023.

ROSADO, I. V. M; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo: apontamentos da realidade brasileira. *Ser Social*, Brasília, DF, v. 22, n. 47, p. 368 -388, 14 jul. 2020. DOI: 10.26512/sersocial.v22i47.25428. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428. Acesso em: 2 abr. 2021.

SOUZA, C. S.; COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; ARAÚJO, T. M.; AMARAL, M. T. R. Notificação da violência infanto-juvenil em Serviços de Emergência do Sistema Único de Saúde em Feira de Santana, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 18, n. 1, p.80–93, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010007>.

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. *Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica*. *Entretextos*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 115-144, jan./jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>.

VILELA, L. F. (coord.). *Manual para atendimento às vítimas de violência na rede de saúde pública do Distrito Federal*. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf. Acesso em: 26 abr. 2021.

Recebido em: 30.05.2022

Aceito em: 11.10.2023