

---

# Violência intrafamiliar na rotina do agente comunitário de saúde

*Family violence in routine community health agent*

Cléa Adas Saliba Garbin<sup>1</sup>, Lúcia Maria Lima Lemos de Melo<sup>1</sup>, Suzely Adas Saliba Moimaz<sup>1</sup>, Artênio José Lopes Garbin<sup>1</sup>, Tânia Adas Saliba Rovida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Universidade Estadual de São Paulo, Araçatuba-SP, Brasil.

---

## Resumo

**Objetivo** – Analisar o conhecimento e a atitude dos agentes comunitários de saúde diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar. **Métodos** – Trata-se de um estudo de representação social, transversal, descritivo, com uma amostra de 48 agentes comunitários de saúde das Equipes da Saúde da Família de um município de pequeno porte localizado na região de Araçatuba, Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado e autoadministrado em um único dia e apresentados em frequências absolutas e percentuais. A análise de conteúdo foi empregada nas questões abertas. As seguintes dimensões foram definidas: entendimento sobre violência intrafamiliar, limitações do serviço e estratégias de intervenção. **Resultados** – A violência intrafamiliar foi apontada por 71% (n=34) como um problema comum na localidade em que trabalham, 73% (n=35) responderam que não se consideram responsáveis pela notificação e 77% (n=37) acreditavam que deviam fazer algo a respeito. **Conclusões** – Conclui-se que o conhecimento dos agentes comunitários diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar é deficiente. É fundamental que o gestor analise o conhecimento dos ACS e que o tema violência intrafamiliar seja incorporado nas estratégias de educação permanente com a responsabilidade compartilhada entre profissionais e famílias.

**Descritores:** Violência; Estratégia saúde da família; Agentes comunitários de saúde

## Abstract

**Objective** – To analyze the knowledge and the attitude of the community health workers in the face of suspicion, detection and reporting of cases of domestic violence. **Methods** – This is a study of social representation, cross-sectional, descriptive, with a sample of 48 community health workers Teams of Health of a small city located in the region of Family Araçatuba, State of São Paulo. Data were collected through the application of a semi-structured questionnaire and self-administered in a single day and presented in absolute and percentage frequencies. Content analysis was used in open questions. The following dimensions were defined: understanding of domestic violence, service limitations and intervention strategies. **Results** – The domestic violence was reported by 71% (n = 34) as a common problem in the locality in which they work, 73% (n = 35) answered that do not consider themselves responsible for notification and 77% (n = 37) believed that should do something about it. **Conclusions** – It follows that knowledge of community workers in the face of suspicion, detecting and reporting domestic violence situations is poor. It is essential that the manager review the knowledge of the ACS and the Domestic violence is incorporated into lifelong learning strategies with shared responsibility between professionals and families.

**Descriptors:** Violence; Family health strategy; Community health workers

---

## Introdução

A violência é definida pela Organização Mundial de Saúde como o uso de força, poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação<sup>1</sup>.

Para compreender o impacto da violência sobre a saúde, deve-se localizar essa discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida<sup>2</sup>. A violência pode ser evitada e suas consequências reduzidas, da mesma forma que a saúde pública conseguiu prevenir e reduzir, em todo o mundo, as complicações relacionadas à gravidez, aos ferimentos em locais de trabalho, às doenças contagiosas e enfermidades causadas por alimentos e água contaminados<sup>3</sup>.

Os profissionais de saúde, pela posição que ocupam na prestação de serviços à população, são essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco<sup>4</sup>. Componente da Equipe de Saúde da Família

(ESF), o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um importante profissional que tem condições de detectar a violência intrafamiliar ao desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, vigilância à saúde e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade<sup>5</sup>.

A família é compreendida pelos ACS como o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar<sup>6</sup>, representa a unidade básica de atenção à saúde<sup>7</sup>, uma estrutura que se modifica segundo contextos sociais, culturais e históricos<sup>8</sup>. A condição exigida de residir na área de abrangência de atuação<sup>9</sup> e o contato constante com as famílias por meio das visitas domiciliares possibilitam a esses trabalhadores a construção de um vínculo de confiança e respeito com a comunidade que facilitam a percepção da violência e o apoio às vítimas.

O desenvolvimento de estudos, pesquisas e ações em instituições acadêmicas e organizações sociais de relevância nacional<sup>10</sup> é essencial para que o tema seja

abordado como problema de saúde pública relevante e para que sejam identificadas as intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde. Iniciativas governamentais como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência<sup>11</sup> e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil<sup>12</sup> oferecem importantes diretrizes para o enfrentamento do problema.

Visando contribuir para o aprofundamento do tema, esta pesquisa destaca a importância da análise do conhecimento e da atitude dos ACS diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar, necessário para promover o planejamento de ações que sejam efetivas, com a responsabilidade compartilhada entre profissionais e famílias.

O objetivo deste estudo foi analisar o conhecimento e a atitude dos agentes comunitários de saúde diante da suspeita, detecção e notificação de situações de violência intrafamiliar, contribuindo para uma reflexão sobre o processo de trabalho nas ESF.

## Métodos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA), com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, processo nº 00645/2010.

Trata-se de um estudo de representação social, transversal, descritivo, com abordagem qualitativa. Foram incluídos na amostra 48 ACS das ESF matriculados no curso de formação realizado em um município de pequeno porte, localizado na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde de Araçatuba, (DRS II), Noroeste do Estado de São Paulo.

Os dados foram coletados em dezembro de 2013 por meio da aplicação de um questionário semiestruturado e autoadministrado em um único dia, com perguntas abertas e fechadas relativas à violência intrafamiliar e processadas com a utilização do programa Excell 2008. Utilizou-se o método da Análise de Conteúdo para as questões abertas, com base na análise da ideia central expressa nas respostas dos sujeitos envolvidos. As seguintes dimensões foram definidas: entendimento sobre violência intrafamiliar, limitações do serviço e estratégias de intervenção.

## Resultados e Discussão

A maioria dos ACS era do gênero feminino (97%). Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos, que evidenciaram que a maioria dos ACS são mulheres<sup>13</sup>. O trabalho do ACS é associado ao trabalho doméstico feminino, que possui uma inclinação historicamente reconhecida para o cuidado em saúde<sup>14</sup>.

A faixa etária dos ACS variou entre 22 e 44 anos e o tempo de atuação nas ESF foi entre 4 meses a 10 anos, com tempo médio de 4 anos. Acredita-se que os agentes comunitários de saúde com mais idade tendem a conhecer melhor a comunidade, ter mais vínculos e laços de amizade<sup>15</sup>.

## Dimensão do entendimento sobre violência intrafamiliar

A maioria dos ACS 71% (n=34) considera que a violência intrafamiliar é um problema comum na localidade em que atuam, entretanto essa temática não é uma questão abordada por 64,6% (n=31) dos ACS. Esses justificam tratar-se de um assunto particular, de um segredo de família, não abordando o assunto por ética.

*“Pois sobre esse assunto tem que ter ética, a não ser que venha ser tema de assuntos e discutir sobre ele, não colocando nomes dos envolvidos.”*

*“Porque é um assunto particular e a pessoa deve se expor sem pressão.”*

Nesse contexto fica evidente a ambiguidade na compreensão entre direito do usuário na privacidade das informações e ética no trabalho. Os usuários costumam revelar aspectos de suas condições de saúde e isso pode gerar um dilema ético para os ACS, no que diz respeito à divulgação das informações aos outros integrantes da equipe de saúde<sup>16</sup>.

A confiabilidade nos ACS é construída no cotidiano do trabalho.

*“Após o morador sentir confiança no trabalho do ACS, o mesmo abre o coração!”*

*“Talvez o ACS seja a única fonte de ajuda que essa pessoa possui.”*

Uma característica marcante do trabalho do ACS é o vínculo de confiança estabelecido com o morador da área adscrita, proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar; o que aumenta a capacidade da população de enfrentar os problemas<sup>17</sup>.

A violência familiar pode se manifestar de várias formas e com diferentes graus de severidade que não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, no qual o homicídio é a manifestação extrema<sup>8</sup>.

*“Já tinha chegado às vias de fato e não teve tempo de orientar, ocorreu morte.”*

No discurso dos ACS torna claro que vínculo com as famílias adscritas possibilita a detecção, a abordagem e o acompanhamento da violência; prevenindo a sequência crescente de episódios que poderão reincidir se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica<sup>18</sup>.

O uso de álcool, drogas, desemprego, ciúmes entre parceiros e contexto familiar desestruturado foram percebidos como causas que propiciam a violência. Essas situações foram notadas em discursos dos agentes:

*“Em grande maioria o motivo são as drogas e em seu todo falta de diálogo familiar e situação financeira e grau de escolaridade.”*

*“A maior causa é o alcoolismo também podendo ser vinculado a ciúmes e também maxismo e drogas.”*

Os resultados ratificam a multicausalidade da violência com a associação de problemas sociais, emocionais, uso de álcool e drogas. É alta a proporção de atos violentos quando álcool ou drogas estão presentes entre agressores e suas vítimas ou em ambos<sup>19</sup>.

A violência contra a mulher foi o relato de maior frequência, seguido de violência contra idosos e contra a criança.

*“Muitas vezes a mulher nos conta, mas pede para não relatar a ninguém.”*

É importante que meios legais de proteção contra as vítimas de violência sejam conhecidos pelos ACS, como a Lei Maria da Penha, que dispõe de mecanismos para coibir a violência contra a mulher. Outro instrumento de orientação para o planejamento da intervenção é o Plano Nacional de Políticas para Mulher, que tem como uma das linhas de ação a promoção e a ampliação da atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual<sup>20</sup>.

### Dimensão das limitações do serviço

Uma das principais atividades do ACS é a visita domiciliar que proporciona uma aproximação com a realidade e o modo de viver das famílias, deixando-os mais suscetíveis e gerando, às vezes, sentimentos de frustração e impotência frente a determinadas situações<sup>21</sup>.

*“Para quem falar, para onde encaminhar? Como agir? A primeira atitude a tomar? E revolta, indignação por me sentir inútil perante essa situação.”*

A inexistência de diretrizes institucionais nos serviços públicos que favoreçam a atuação dos profissionais nessa área gera desmotivação, ficando tais serviços a cargo daqueles que não dispõem ainda de experiência suficiente<sup>11</sup>.

A maioria dos ACS (91,7%) desconhece a ficha de notificação, não se consideram responsáveis pela mesma (73%) e não registram os casos (69%) (Gráfico 1). Alguns declararam o não conhecimento da existência da ficha na Unidade de Saúde em que trabalham.

*“Não existe formulário, se a violência ocorrer por conta própria podemos ligar para o disk denúncia ou passar para nossos superiores para que possam fazer algo.”*

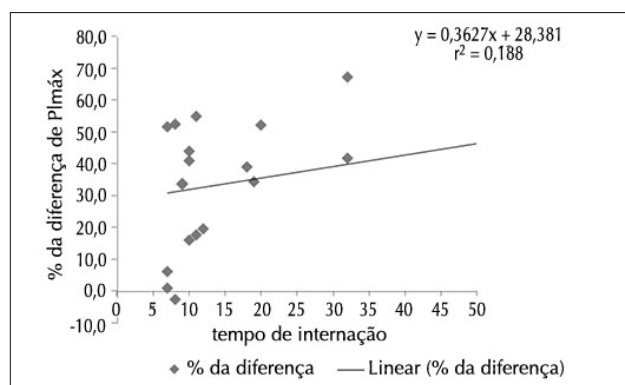


Gráfico 1. Caracterização da notificação da violência de acordo com as respostas dos Agentes Comunitários de Saúde, Araçatuba, (SP), 2013.

A notificação compulsória dos casos de violência intrafamiliar deve ser realizada por médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde que prestam assistência ao

paciente. Para fins de notificação compulsória de importância nacional são considerados agravos qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo<sup>22</sup>. A notificação é um poderoso instrumento de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência intrafamiliar, além de determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência; permitindo o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica da violência em família<sup>23</sup>.

Apesar de não se considerarem responsáveis pela notificação, 77% dos ACS acreditam que devam fazer algo a respeito.

*“Quando sou procurada ou desconfio do acontecido me vejo na obrigação de tomar uma providência.”*

Os ACS necessitam orientar a família, esclarecendo que a equipe da estratégia da saúde da família auxiliará no apoio necessário para que seja realizada a notificação.

Quando questionados se denunciam os casos de violência à polícia, 66,7% (n=32) dos ACS responderam negativamente. Foi relatada como justificativa a falta de colaboração da vítima e do poder público.

*“Na maioria das vezes de forma confidencial ou eu observo lesões na pele, mas para não prejudicar o meu vínculo com a família não posso denunciar e perder o contato com a família.”*

*“O obstáculo maior é o próprio poder público, social e de saúde que se isentam dessa responsabilidade e a própria polícia que sempre diz o velho ditado quando solicitada: “Ah, isso é rotina nessa família”.*

Em geral, os casos de violência no Brasil são registrados em situações policiais, tratando-se, portanto, de casos de violência explícita, facilmente constatada<sup>8</sup>. Para a saúde pública, a omissão em comunicar os casos atendidos leva a um conhecimento precário da dimensão da violência no Brasil e do seu perfil epidemiológico, o que ocasiona o comprometimento da implementação de políticas públicas eficazes e bem direcionadas<sup>24</sup>. É importante considerar que os eventos violentos e os traumatismos não são acidentais, não são fatalidades, nem falta de sorte. Logo, eles podem ser enfrentados, prevenidos e evitados<sup>25</sup>.

A ameaça do agressor aos profissionais foi um argumento para que não seja realizada a notificação dos casos de violência<sup>23</sup>.

*“Medo e insegurança de descobrir que partiu de mim a denúncia e fazer algo comigo.”*

*“Foi muito difícil porque você fica com pena da pessoa, querendo ajudar, mas você vê que ela tem medo de contar, de procurar ajuda e acaba escondendo; e fica aquele clima de que vai sobrar até prá você.”*

Por residirem na área de atuação da equipe e continuarem no local após o término do trabalho, os ACS continuam a vivenciar os fatos, ficam expostos às ameaças de violência por parte dos agressores e sentem insegurança em relação às suas vidas e a de seus familiares. A proximidade dos ACS com as famílias adscritas ao mesmo tempo em que facilita a detecção e a prevenção da violência, evidencia a fragilidade do profissional em lidar

com a situação identificada. Da mesma forma, o medo é um dos sentimentos das vítimas ao omitir o fato ocorrido.

*“A pessoa não fala, diz que se machucou caindo na rua.”*

A violência doméstica torna-se difícil de ser detectada quando os casos são omitidos. Falar sobre violência é difícil e complexo, pois envolve medo, dúvidas e sentimentos de que o problema é de tamanha grandeza para ser enfrentado<sup>26</sup>. No entanto, os ACS têm o dever de notificar os casos de violência que tiverem conhecimento, podendo inclusive responderem pela omissão<sup>27</sup>.

O conhecimento de uma instituição que desenvolva um trabalho de apoio e suporte às vítimas de violência é deficiente em 50% dos casos (n=24). O Conselho Tutelar foi a instituição destacada como um serviço referencial por 31% (n=15) dos entrevistados. A intervenção nas situações de violência cabe a todos os serviços estatais: polícia, justiça e saúde. A preparação deve acontecer ainda nas universidades, de modo a formar profissionais mais humanos<sup>28</sup>.

Quando os ACS foram questionados sobre a atuação dos supervisores da ESF nas situações de violência intrafamiliar, relataram dificuldades em repassar a informação.

*“Não ocorreu porque eles não tem suporte para estar intervindo junto à situação e na maioria das vezes falam que isso não diz respeito à ESF.”*

Compete às ESF conhecer, discutir e buscar a identificação dos fatores de risco na população adscrita para facilitar a definição de ações a serem desenvolvidas, com a finalidade de intervir preventivamente ou confirmar um diagnóstico; visando a adoção das medidas adequadas às diversas situações<sup>8</sup>.

### **Dimensão das estratégias de intervenção**

As estratégias de intervenção propostas pelos agentes comunitários de saúde diante da violência intrafamiliar foram: capacitação, apoio psicológico, intersetorialidade e monitoramento (Tabela 1).

**Tabela 1. Estratégias de intervenção mencionadas pelos agentes comunitários de saúde diante da violência intrafamiliar, Araçatuba (SP), 2013.**

Estratégias	Discursos
Capacitação	<i>“Criar ações através de palestra e bate papo sobre violência e suas consequências para o convívio social pois muitas vezes até o profissional de saúde pára por essa violência.”</i>
Apoio psicológico	<i>“O setor saúde pode realizar o tratamento psicológico, proporcionar orientações ao paciente agredido buscando forma de sair dessa situação.”</i>
Intersetorialidade	<i>“Mobilizar outros setores (Fundo Social), fazer um acompanhamento mais próximo em conjunto com os agentes de saúde.”</i>
Monitoramento	<i>“Criar um sistema de registro e acompanhamento para que à partir daí possam ser discutidas formas de abordagem, planejamento das ações.”</i>

Os ACS reconhecem que toda a equipe de saúde necessita de capacitação e do planejamento em conjunto das ações a serem realizadas.

*“Diálogo constante, palestras, reuniões, capacitações aos profissionais de saúde do porteiro aos superiores, para identificação dos casos.”*

*“Ter a consciência de que o problema existe e que é cada vez mais comum, passando a encará-lo como parte do planejamento do trabalho das ESF.”*

Os ACS não podem se responsabilizar sozinhos por esse complexo e imenso problema social. As informações territoriais necessitam ser compartilhadas com o desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial com práticas eficazes e efetivas de promoção, prevenção e reabilitação, individuais e coletivas. Os determinantes das necessidades de saúde são atingidos por meio de ações intersetoriais, que não têm sido efetivadas entre Unidades de Saúde da Família (USF) e os demais setores<sup>29</sup>. É atribuição de toda a equipe participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à avaliação inicial e identificação das necessidades de intervenções e cuidado, proporcionar atendimento humanizado; responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo<sup>3</sup>.

É fundamental a qualificação de acordo com a prática vivenciada na realidade sanitária e social com a integração ensino-serviço-pesquisa, abordagem problematizadora, educação permanente e o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional<sup>30</sup>. Torna-se importante a criação de espaços sistemáticos de discussão, sensibilização e capacitação que proporcionem um respaldo à equipe, a fim de que essa exponha e trabalhe seus sentimentos<sup>8</sup>.

### **Conclusões**

O trabalho dos ACS é de grande importância na Atenção Básica, tecendo o elo entre o serviço, a família e a comunidade; no entanto é deficiente o conhecimento para a detecção e a adoção de conduta adequada nos casos de violência intrafamiliar. As ações relatadas são frágeis, provenientes de decisões individuais, não pautadas no estabelecimento de fluxos e de corresponsabilidade formalizados.

É fundamental que o gestor analise o conhecimento dos ACS e que o tema violência intrafamiliar seja incorporado nas estratégias de educação permanente com a responsabilidade compartilhada entre profissionais, famílias e sociedade civil.

### **Referências**

1. World Health Organization. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996.
2. Minayo MCS. Violência e Saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. Saúde Coletiva. 2006;11:1163-78.

4. Rosenberg ML, Fenley MA, Johnson D, Short L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. *Acad Med.* 1997;72(suppl):13-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília: 2011.
6. Ministério da Saúde (BR). Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica: SIAB. Brasília; 2003.
7. Separioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10 (sup):243-53.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço.* Brasília; 2002.
9. Brasil. Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional no 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 936 de 18 de maio de 2004. Brasília: 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 737/GM, 16 de maio de 2001. Brasília: 2001. p. 3-8.
12. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Brasília: Ministério da Justiça; 2000.
13. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência contra a mulher. *Psicol Ciênc Prof.* 2007;27:694-705.
14. Mota RRA, David HMSL. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? *Trab Educ Saúde.* 2010;8(2):229-48.
15. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005;10:347-55.
16. Fortes PAC, Spinetti SR, Simone Ribeiro. O agente comunitário de saúde e a privacidade das informações dos usuários. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:1328-33.
17. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM, Carvalho ML. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16: 1023-8.
18. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? *Ciênc Saúde Coletiva* 1999;4:81-94.
19. Chalub M, Telles LEB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(supl 2):569-73.
20. Brasil. Presidência da República. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as mulheres. 2013.
21. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm.* 2007;60:659-64.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1271 de 6 de junho de 2014. Brasília: 2014.
23. 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.
24. Leitão T. Medo de represália leva profissionais de saúde a deixar de denunciar casos suspeitos de violência contra crianças. (Brasília) [internet] 2013 [acesso 20 jan 2014]. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-03-16/medo-de-represalia-leva-profissionais-de-saude-deixar-de-denunciar-casos-suspeitos-de-violencia-contr>>.
25. Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública.* 1994; 10(suppl 1).
26. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2002;18:315-9.
27. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):472-7.
28. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22:2567-73.
29. Soares CB, Campos CMS, Oliveira E, Cordeiro L, Oliveira LC, organizadores. Álcool e outras drogas: um milhão de ações. Caderno de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: em foco as necessidades de saúde e o consumo prejudicial de drogas. São Paulo: 2012.
30. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. 5:133-42. *Interface Comun Saúde Educ.* 2001.

#### Endereço para correspondência

Cléa Adas Saliba Garbin  
Rua José Bonifácio, 1193 – Vila Mendonça  
Araçatuba-SP, CEP 16015-050  
Brasil

E-mail: cgarbin@foa.unesp.br  
lumalim1@terra.com.br

Recebido em 1 de dezembro de 2014  
Aceito em 17 de dezembro de 2014