



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO EM ESTUDOS DO GÊNERO E DIVERSIDADE**

EDNA DA SILVA PINHO DE OLIVEIRA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: um estudo sobre a efetivação da Lei Federal
10.778/2003 no Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA.**

Salvador - BA
2016

EDNA DA SILVA PINHO DE OLIVEIRA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE:** um estudo sobre a efetivação da Lei Federal
10.778/2003 no Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA.

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Estudos de Gênero e Diversidade da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharela em Estudo de Gênero e Diversidade.

Orientadora: Profa. Dra. Salete Maria da Silva

Salvador/BA
2016

EDNA DA SILVA PINHO DE OLIVEIRA

**NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: um estudo sobre a efetivação da Lei Federal
10.778/2003 no Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharela em Estudos de Gênero e Diversidade pela Universidade Federal da Bahia

Aprovada em _____ de fevereiro de 2016.

Salete Maria da Silva - Orientadora
Doutora em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo - UFBA

Profa. Dra. Sônia Jay Wright
Doutora em Ciências Sociais - UERJ

Márcia Regina Ribeiro Teixeira
Mestre em Ciências Sociais - UFBA

Salvador-Ba.
2016

A todas as mulheres que lutam por uma vida melhor,
especialmente às negras do Subúrbio Ferroviário de Salvador,
das quais minha mãe e avó faziam parte.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho monográfico não se realizaria sem a contribuição de diversas pessoas e instituições, dentre as quais se torna necessário citar algumas, ainda que corramos o risco de involuntariamente esquecer algumas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização do mesmo.

Portanto, agradeço: A Bahá, por abrir meus caminhos e guiar meus passos. À Mona Pinho, minha filha e ao amigo Thiago Rodrigues, por me inscreverem no vestibular de 2009 e sempre me incentivarem e confiarem no meu crescimento. À minha irmã, Marta Pinho, pelo comprometimento e incentivo. A Samure, meu genro por ser um incentivador ao meu progresso.

A todas as/os colegas da turma de 2009 do Bacharelado em Estudos de Gênero e Diversidade, em especial a Fabiana Eloi, Joselita Santana, Marta Almeida e Tatiane Cerqueira com as quais compartilhei alegrias, tristezas e incertezas ao longo do curso.

Agradeço às professoras do BEGD, em especial a minha orientadora Salete Maria, pela acolhida, segurança e toda compreensão na concretização deste desafio. À professora Alinne Bonetti por ter me apoiado em momentos difíceis.

A Dra. Márcia Teixeira, supervisora do estágio, por ser uma incentivadora do protagonismo das mulheres e por todas as contribuições, inclusive com a elevação da nossa autoestima, agradecimento extensivo a toda a equipe no Grupo Especial de Atuação em Defesa da Mulher – GEDEM do Ministério Público da Bahia.

À professora Sonia Jay, por aceitar participar de minha banca, e pelos conhecimentos compartilhados. À minha prima Claudia Isabele e às companheiras Kátia Pinho e Patrícia Pinheiro, pelo estímulo, críticas e sugestões ao trabalho, mas, além de tudo, pela boa vontade em contribuir.

A Zezé mãe de Fabiana Eloi, por confiar que eu conseguiria. Ao Movimento de Mulheres por me insuflar a busca do conhecimento. Às companheiras da Rede de Mulheres do Subúrbio, pela aprendizagem constante.

À Coordenadoria Ecumênica de Serviços – CESE e ao Instituto Búzios por apoiar a pesquisa.

As funcionárias do Distrito Sanitário do Subúrbio, nas pessoas de Elaine Fonseca e Cláudia Silva, pela disponibilidade em contribuir. As/os participantes da pesquisa que disponibilizaram seu tempo para responderem as questões.

*Era grande o sofrimento
Da mulher daqueles dias
Não se falava em direito
Tudo isso era utopia
Bastante coisa mudou
Mas ela continuou
Vítima da covardia
[...]
Há casos onde a vítima
É tida como culpada
O mundo todo pergunta
Pelo que fez a finada
Como querendo saber
Se ela fez por merecer
Ter a vida abreviada
[...]
A opressão feminina
É algo muito cruel
E apesar dos direitos
Insculpidos no papel
A violência avança
Matando até criança
De forma torpe e cruel
[...]*

¹*Salete Maria da Silva*

¹ Estrofes do Cordel *Cidadania: nome de Mulher*, de autoria de Salete Maria, cordelista feminista brasileira, professora do Bacharelado em Estudos de Gênero e Diversidade da Universidade Federal da Bahia-UFBA. Disponível em: < <http://cordelirando.blogspot.com.br/>>. Acesso: 08 dez. 2015.

OLIVEIRA, Edna da Silva Pinho de. Notificação da Violência Contra as Mulheres nos Serviços de Saúde: um estudo sobre a efetivação da Lei Federal 10.778/2003 no Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA.104f. il. 2016. Monografia (Graduação) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Este trabalho aborda a temática da notificação compulsória da violência contra as mulheres. Trata-se de uma pesquisa exploratória sobre o processo de implantação da ficha de notificação compulsória no Distrito do Subúrbio Ferroviário de Salvador. A pesquisa, de natureza exploratória e caráter quanti-qualitativo, utilizou-se da técnica de questionários e da observação não participante para identificar o grau de aproximação dos profissionais de saúde com a temática da violência contra as mulheres e o reflexo disto em sua prática profissional, especialmente no que tange ao cumprimento da Lei 10.778/2003, que institui a obrigatoriedade da referida notificação. Verificou-se a existência de vários obstáculos relacionados às condições de trabalho e à formação, capacitação e comprometimento dos profissionais com relação ao tema da violência contra as mulheres. Identificou-se a pouca familiaridade dos mesmos com a lei que institui a referida política pública e a inexistência de interlocução destes com a rede intersetorial de enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito doméstico e familiar no município de Salvador.

Palavras-chaves: Mulheres. Violência. Notificação. Saúde. Legislação.

OLIVEIRA, Edna da Silva Pinho de. Notification of violence against women in health Services: a study about the implementation of Federal Law 10.778/2003 no Subúrbio Ferroviário in Salvador/BA. 104f. il. 2016. Monograph (Undergraduate) – Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

This work explores the topic of the compulsory notification of violence against women. It is an exploratory research project about the process of implementation of the compulsory notification form in the District of the Subúrbio Ferroviário of Salvador. This quantitative and qualitative research utilized the method of questionnaires and of non-participant observation to identify the degree familiarity of health professionals with the topic of violence against women and the reflection of this in their professional practice, especially with regard to compliance with the Law 10.778/2003, that established the obligation of said notification. It has been found that there are several obstacles related to education, training, and commitment of professionals with relation to the topic of violence against women. This research identified the lack of familiarity of those professionals with the lay that established said public policy and the inexistence of of the interlocution of these with the intersectoral network of combatting violence against women in the home and family environment.

Key words: Women. Violence. Notification. Health. Legislation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação das Unidades de Saúde Participantes 35
Quadro 2	Responsabilização por omissão da notificação 49
Quadro 3	Diferença entre notificação e denúncia 53
Quadro 4	Fluxograma conforme art. 3º da Portaria 2.406/2004 58
Quadro 5	Quantitativo de Notificações Bahia/ 2009 a 2014 62
Quadro 6	Perfil das/os Participantes 67-68
Quadro 7	Registros oficiais de notificação no Distrito Subúrbio 78

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	Ficha de notificação de agravo 59
Imagem 2	Unidade Cocisa 65
Imagem 3	Unidade São Tomé 65
Imagem 4	Unidade A. Coutos 65
Imagem 5	Unidade A. Coutos 65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Função e quantitativo das/os respondentes 69
Gráfico 2	Sobre rede de atendimento 76
Gráfico 3	Justificativas para não notificar 77
Gráfico 4	Sugestões para efetivação da notificação 82

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BEGD	Bacharelado em Estudos de Gênero e Diversidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CESE	Coordenadoria Ecumênica de Serviços
CGDANT	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CONDER	Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CPB	Código Penal Brasileiro
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
DS	Distrito Sanitário
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIEMA	Fundo Municipal para o Desenvolvimento Humano e Inclusão Educacional de Mulheres Afrodescendentes
GEDEM	Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LCP	Lei de Contravenção Penal
LGBT	Lésbicas Gay Bissexuais e Travestis
LMP	Lei Maria da Penha
LNC	Lista de Notificação Compulsória
LNCN	Lista de Notificação Compulsória Nacional
MMSG	Movimento de Mulheres do Subúrbio Ginga
MPBA	Ministério Público do Estado da Bahia
MS	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEIM	Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher
NHE	Núcleos Hospitalares de Epidemiologia
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RIGS	Revista Interdisciplinar de Gestão Social
SEDHAM	Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, Habitação e Meio Ambiente
SENASP	Secretaria Nacional de Segurança Pública
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINDIMED-BA	Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia
SINDSAÚDE-BA	Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SPM-PR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SSPBA	Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia
TAC	Termo de Ajuste de Conduta
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIVA	Rede de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 DO MOVIMENTO À ACADEMIA, DA ACADEMIA AO CAMPO: percursos e percalços de um saber situado	22
1.1 Movimento social: resistência e esperança em dias melhores	22
1.2 Academia e movimento social: uma questão de escolha.....	24
1.3 Mudando de tema, mas olhando na mesma direção.....	27
1.4 O Subúrbio Ferroviário e o projeto “Blitz Social”.....	30
1.5 O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário: o campo de pesquisa	34
1.6 Estratégias e instrumentos de investigação.....	38
2 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: marcos teórico e legal	42
2.1 Violência Contra as Mulheres e Políticas de Enfrentamento.....	42
2.2 Violência Contra as Mulheres e Serviços de Saúde - Notificar é Lei	45
2.3 Mas, por que notificar?.....	51
2.4 Notificação: fluxos e sistema.....	57
3 O RESULTADO DA BLITZ: afinal, notificam ou não?	64
3.1 Equipamentos visitados: natureza, estrutura e funcionamento	64
3.2 Perfil sócio-profissional das/os respondentes.....	65
3.3 Equipes de trabalho: composição e tempo de trabalho.....	72
3.4 Qualificação e motivação para atuar no atendimento às mulheres em Situação de violência	74
3.5 Conhecimento da lei e realização da notificação.....	76
3.6 Notificação: dificuldades e possibilidades de mudanças.....	78
4 CONSIDERAÇÕES	84
5 REFERÊNCIAS	87
6 APÊNDICE 1 - Questionário	96
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98
7 ANEXO A- Formulário de Notificação	99
ANEXO B - Lei 10.778/2003	101

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se insere no campo dos estudos sobre políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres. De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) a violência é uma das mais importantes causas da morbimortalidade² em todo o mundo. Mudanças no chamado perfil epidemiológico orientam que gestores da área de saúde, incorporem doenças e agravos não transmissíveis às atividades de vigilância sanitária (VELOSO et al, 2013; MINAYO, 2006).

A violência contra as mulheres é reconhecida como violação dos direitos humanos e como problema de saúde pública, haja vista as graves implicações para a vida e a saúde das vítimas e de seus dependentes (OMS, 2002). Um dos instrumentos que visa identificar e socializar as informações sobre a violência é a Notificação Compulsória. Esta prática, criada a pouco mais de dez ano no Brasil, pela Lei federal 10.778/2003, deve ser realizada pelas/os³ profissionais de saúde, em suas rotinas diárias, visando fortalecer outras ações destinadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres no país.

A Lei estabelece, em âmbito nacional, a notificação compulsória nos casos de violência contra mulheres, que são atendidas nos serviços de saúde públicos ou privadas. Contudo, os marcadores de saúde são escassos quando se trata da notificação, dificultando, assim, a produção de estatísticas sistematizadas sobre esse agravo, ainda que o fenômeno da violência praticada contra as mulheres - que em nossa cidade/estado são, em sua maioria, negras, desde a década de 90 venha sendo sinalizado, há muito, como problema de saúde pública.

A notificação é uma ação que viabiliza o sistema de registro de informações das mulheres em situação de⁴ violência na realidade social brasileira, mesmo que a

² Conjunto das ocorrências acidentais e violentas que matam ou geram agravos à saúde e que demandam atendimento nos serviços de saúde. Cf. MS. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed >. Acesso: 28 dez. 2015.

³ Utilizo os artigos “a/o”, as/os, como uma forma política de reivindicar mudanças das relações de gênero nas escritas, pois os signos linguísticos servem para reproduzir o masculino universal.

⁴ Utilizo o termo ‘em situação de’, por concordar com Liz Andréa Lima Mirim – doutora em Psicologia Clínica pela PUCSP, psicóloga pesquisadora do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde – SP, que diz: “quando a mulher é referida como estando em situação de violência, ela está em condição, ou seja, ela acessa um lugar de passagem, pois é um sujeito nessa relação. Estar em situação oferece a possibilidade de mudança”. (MIRIM, 2006, p.14) Disponível em: <

ocorrência da violência não seja declarado por elas, e sim pelas/os profissionais de saúde que estão obrigadas/os a notificar.

Sabemos que, essas violências, podem evoluir para morte das mulheres. Segundo dados do “Diagnóstico dos Homicídios no Brasil: Subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios”⁵ - divulgado em Out/2015, pela Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP do Ministério da Justiça, pontua que os homicídios⁶ de mulheres estão relacionados a “conflitos intrafamiliares e têm como alvos, na grande maioria das vezes, seus parceiros íntimos”, sendo que as mulheres negras são as maiores vítimas representando a “parcela de maior vulnerabilidade, uma vez que a taxa de mortes por 100 mil habitantes (7,2) é duas vezes maior que a taxa das mulheres brancas (3,2)” (SENASP, 2015; p. 37).

Considerando a importância da notificação compulsória para fins de adoção de medidas, sobretudo de intervenção preventiva, citamos uma passagem da Declaração de Beijing (1995), onde encontramos que: “a falta de informação adequada pode levar a elaboração de medidas e políticas públicas inadequadas ou insuficientes, ocasionando problemas na prevenção da violência contra mulher” (BEIJING, 1995, 178).

O volume de reincidência desse tipo de violência fica explícito nos resultados do balanço dos atendimentos realizados em 2014 pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República - SPM-PR, onde comprovamos que 43% das mulheres em situação de violência sofrem agressões diariamente e 35% semanalmente.

O interesse pelo tema “Notificação Compulsória da Violência contra as Mulheres” provém do desejo de contribuir com o enfrentamento desse fenômeno multifacetado⁷ que historicamente solapa nossa dignidade e corrói nossa autoestima, obstruindo nosso presente e ofuscando o futuro.

http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/sobre_a_violencia_domestica.pdf. Acesso: 03 jan. 2016.

⁵ Pacto proposto Ministério da Justiça em 2015 A iniciativa do mesmo leva em consideração o fato de que 10% dos homicídios ocorridos no mundo no ano passado foram registrados no Brasil. Cf. Organização das Nações Unidas (ONU). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2015/10/ministerio-da-justica-propoe-pacto-pela-reducao-de-homicidios>>. Acesso: 27 nov. 2015.

⁶ A Lei nº 13.104/2015 altera o art. 121 do Código Penal brasileiro para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio. De igual modo, altera o art.1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

⁷ Que tem muitas facetas, muitos aspectos ou muitas características.

Apresento, nos capítulos a seguir, os resultados da minha pesquisa monográfica, cujo objetivo geral foi: verificar a efetivação da política pública de Notificação Compulsória da violência contra as mulheres nos equipamentos públicos de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA. Tendo como objetivos específicos: identificar o grau de aproximação dos profissionais de saúde com a temática da violência contra as mulheres; apontar as principais dificuldades dos profissionais de saúde na concretização da notificação compulsória; visibilizar a Lei 10.778/2003 – que trata da Notificação Compulsória da Violência contra as Mulheres e verificar se as/os profissionais das Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio têm realizado a notificação dos casos de violência contra as mulheres que procuram este serviço.

No decorrer desse trabalho, abordarei a notificação da violência contra as mulheres na área de saúde, sem, contudo, ter a pretensão de esgotar toda amplitude e complexidade dessa temática, mas estimular pesquisas sobre o assunto. Por ora, fiz o recorte para apresentar e analisar na localidade onde se encontra a maior parte dos equipamentos do Distrito Sanitário que atende ao Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA.

O Subúrbio, como será detalhado no primeiro capítulo, é considerada uma área de alta incidência de violência contra as mulheres, pela precariedade no sistema público de saúde, fragilidade das políticas públicas - as chamadas zonas quentes⁸. Para que as/os gestoras/es públicos possam detectar essas “zonas”, e conseqüentemente, desenvolver medidas capazes de enfrentar tais problemas, é necessário que haja a efetivação das legislações e de várias políticas específicas, a exemplo da Notificação Compulsória, conforme a fala da Promotora de Justiça, Dra. Márcia Teixeira, sobre este assunto: “intuitivamente sabemos que o Subúrbio é uma ‘zona quente’, porém, precisamos pautar as nossas decisões em dados confiáveis, assim como a pesquisa⁹ realizada pela Rede de Mulheres¹⁰, agora temos certeza”.

⁸ Expressão utilizada pela doutora Márcia Teixeira, coordenadora do GEDEM, durante a Audiência Pública ocorrida no Centro de Referência do Parque São Bartolomeu, localizado no Subúrbio Ferroviário de Salvador, no dia 24 de abril de 2015, como parte das atividades do projeto “A Violência Doméstica e a Notificação Compulsória na Mira da Rede de Mulheres” no Centro de Referência do Parque São Bartolomeu no Subúrbio ferroviário de Salvador.

⁹ A promotora se refere à pesquisa realizada pela Blitz Social no âmbito do projeto “A Violência Doméstica e a Notificação Compulsória na Mira da Rede de Mulheres”, de cuja realização participei e da qual extraí dados para a realização deste trabalho de conclusão de curso.

¹⁰ A Rede de Mulheres pelo Fortalecimento do Controle Social das Políticas Públicas é uma organização não governamental, composta de grupos de mulheres do subúrbio e periferias de

Neste trabalho, abordei a notificação nos casos da violência contra as mulheres. Para tanto, me ancoriei na Lei 11340/2006 - Maria da Penha - LMP¹¹, que é utilizada para classificar a violência doméstica sofrida por mulheres independentemente da idade, no âmbito das relações doméstico/familiar. Meu foco foram os registros de notificação da violência contra as mulheres atendidas nos postos de saúde pública do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Para tanto, tomei como base principal de análise/discussão a Lei Federal de Notificação Compulsória, Lei n. 10.778/2003, e as Portarias que a regulamentam, reforçando a obrigatoriedade da notificação da violência contra as mulheres, como discussão central.

Centralidade evidenciada pelo artigo primeiro da Lei em questão, ao informar que a violência contra as mulheres, atendidas nos serviços de saúde pública e privadas do país, é objeto de Notificação Compulsória. Esta lei trata da violência sofrida pelas mulheres, tanto no espaço público quanto no privado, independentemente da existência de relações de afeto, convívio e/ou coabitação entre vítimas/agressor, ou seja, não importa onde tenha ocorrido a violência ou quem a tenha realizado (podendo ser um desconhecido), a ocorrência tem que ser notificada.

Já a Lei 11.340/2006 – conhecida como Lei Maria da Penha, é utilizada nos casos de mulheres que sofrem violência no âmbito doméstico/familiar, conforme reza seu artigo 1º:

Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, Lei 11340/2006).

Embora não haja diferença no tratamento em virtude do espaço/lugar onde ocorreu a violência, a LMP tem como premissa, que de acordo com os incisos do

Salvador e que iniciou suas ações em rede no ano de 2011, lutando por creches como um critério de autonomia para as mulheres, principalmente as negras e um direito das crianças pequenas.

¹¹ Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm >. Acesso: 24 set. 2015.

artigo 5º desta Lei, deverá ter a existência de: “**convívio** permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas”, quando ocorra entre “**indivíduos que são ou se consideram aparentados**, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa” ou “em qualquer **relação íntima de afeto**, na qual o agressor **conviva** ou tenha **convivido** com a ofendida, independentemente de coabitação” (BRASIL, Lei 11.340/2006, art.5º, Incisos: I, II e III).

Os registros da violência contra as mulheres no campo da saúde são efetuados através do preenchimento da Ficha de Notificação Investigação¹² Individual da Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Interpessoais, que deverão ser disponibilizadas nas unidades de saúde e preenchidas por profissionais deste setor. Interessante seria que essas unidades atendessem integralmente as mulheres e não as fragmentassem em: as que sofrem violência em casa ou na rua, as que têm laços de afeto com seus agressores ou por quem não as conhecem, mesmo que fossem separadamente categorizadas para análises posteriores.

Essa divisão casa x rua, público x privado, assim como a falta de um cadastro nacional dos casos de violência contra as mulheres, a ausência de assistência de equipes multidisciplinares para o fortalecimento das mulheres que formalizam as denúncias, dentre outras, dificultam a sistematização dos dados sobre a violência sofrida pelas mulheres e conseqüentemente a análise integral da dimensão do problema, prejudicando o monitoramento e avaliação da eficácia da Política Pública, já que nem todas as mulheres atendidas na saúde procuram a delegacia de polícia e vice versa.

Acreditando que essas legislações (LMP e Notificação) possam ser complementares, em minha pesquisa formulei as seguintes perguntas: será que a notificação compulsória da violência contra as mulheres está sendo realizada no Estado da Bahia, na cidade de Salvador e, mais particularmente, no Subúrbio Ferroviário? Sendo positiva a resposta, continuo: será que os dados estão sendo lançados no Sistema do Ministério da Saúde? Será que os/as profissionais de saúde conhecem a legislação que as/os obriga a fazer os registros da violência contra a

¹²Decreto-Lei nº. 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei no 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, inclusive existe um instrutivo disponibilizado online que ajuda o preenchimento da ficha de notificação. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf>. Acesso: 25 nov. 2015.

mulher? Será que estão devidamente capacitados? Será que estão envolvidos e/ou comprometidos com o enfrentamento deste problema? Como tem sido a prática dos profissionais que laboram nas unidades de saúde do Subúrbio Ferroviário? Foi em busca de respostas para estas e outras questões que o presente trabalho se desenvolveu.

Conforme o sumário, este trabalho está estruturado em três capítulos. No primeiro, descrevo a trajetória que me levou ao tema de estudo, dando conta da justificativa e da problematização temática. Destaco meu percurso pessoal e evidencio o meu caminhar histórico, descrevendo minha inserção no movimento de mulheres de Salvador e na Academia no curso de Estudos de Gênero e Diversidade/UFBA. As vivências entrelaçadas entre movimento social e Academia; a mudança do tema monográfico, o início do estágio curricular e o conhecimento do tema da pesquisa. Ainda neste capítulo, apresento o Subúrbio - sua história, características do campo de pesquisa, bem como a metodologia adotada para execução do trabalho.

No segundo capítulo, discorro sobre violência contra as mulheres e a Notificação Compulsória, destacando os marcos teóricos e legais sobre esta temática e apresentando a Lei de Notificação Compulsória propriamente dita, juntamente com as Portarias e Decretos que a regulamenta. Mostro a importância da alimentação dos Sistemas para a efetivação das políticas de enfrentamento à violência.

No terceiro e último capítulo, trago o produto da pesquisa no qual descrevo os dados encontrados e apresento discussões críticas/reflexivas sobre os resultados.

1 DO MOVIMENTO À ACADEMIA, DA ACAMEMIA AO CAMPO: percursos e percalços de um saber situado

Este capítulo destaca algumas vivências entrelaçadas entre movimento social e academia. Fala dos percursos e percalços encontrados no caminho, tais como o estranhamento diante do desconhecido, as primeiras (des)construções teóricas, a mudança do tema monográfico, o início do estágio curricular e o (re)conhecimento do tema atual. Apresenta o Subúrbio Ferroviário de Salvador e evidencia a metodologia utilizada na pesquisa, tudo à luz da perspectiva feminista de conhecimento situado¹³ discutida em diversas disciplinas do Bacharelado, onde pude perceber que nenhum saber é neutro e que o conhecimento científico é afetado tanto pelo contexto histórico como pelas nossas múltiplas subjetividades.

1.1 Movimento Social: resistência e esperança em dias melhores

Enquanto mulher negra, feminista, oriunda da classe popular, iniciei minha participação no movimento social em 2007, numa instituição mista (homens/mulheres), no Lobato, um dos bairros que compõem o Subúrbio de Salvador. Até então, resistia a participar do movimento, pois sempre tive uma má impressão deste e da política partidária em geral (desta última continuo). Má impressão provinda dos inúmeros casos de desmandos perpetrados por políticos, com a coadjuvância das/os responsáveis por instituições sociais que cooptam lideranças comunitárias. Contudo, me aproximei do movimento em busca de reparação, dado a falta de oportunidades na minha e na vida de muitas mulheres negras e pobres da comunidade onde resido.

¹³ Entende-se por conhecimento situado ou “localizado” todo e qualquer conhecimento assumidamente produzido a partir do contexto social, político e econômico do sujeito produtor deste saber. Trata-se de um saber que assume, a priori, uma perspectiva que não nega ou oculta o lugar social e todas as subjetividades da pessoa que deseja compreender um fato ou fenômeno social. Pesquisadoras e teóricas feministas tendem a defender esta posição, dado que o conhecimento acerca das questões que envolvem os interesses, as demandas e os direitos das mulheres devem partir, inicialmente, de suas condições e posições sociais. Sobre isto convém conferir os seguintes textos e autoras: CABRAL, Carla Giovana. Pelas telas, pela janela: o conhecimento dialogicamente situado. *Cad. Pagu* [online]. 2006, n.27, pp. 63-97; 2); HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial; Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1065_926_hARAWAY.pdf>. Acesso: 26 dez. 2015; BAIROS, Luíza H. de. Nossos feminismos revisitados, *Revista Estudos Feministas, UFRJ*, v. 3, n. 2, 1995.

Inspirada pelo meu irmão Cláudio Pinho¹⁴, que costuma dizer: “todos os movimentos históricos de conquista de direitos nasceram das próprias vítimas de injustiça, e não de tutores”, foi que entendi que nós, mulheres negras, precisamos, mais que qualquer outra nos organizar, lutar e avançar.

Neste mesmo ano ocorreram vários avanços no caminhar feminino em Salvador. Tivemos a participação de várias mulheres na luta, na qual me inseri, pelo funcionamento da Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher - DEAM¹⁵ de Periperi, no Subúrbio Ferroviário de Salvador, já que, até aquele momento, tinha a estrutura física, porém o contingente humano não era designado para o local, por conta, segundo informações correntes, na época, da existência de irregularidades na parte elétrica e infiltração na estrutura do equipamento. Assim, ficamos de 2007 a 2008 reivindicando a abertura do equipamento e enfrentando as resistências e justificativas de toda ordem por parte do governo do estado.

Em 13 de outubro de 2008 a DEAM de Periperi foi inaugurada, conquista que nos trouxe esperança na efetividade do apoio institucional para as mulheres vítimas de violência através da Lei Maria da Penha/2006. A partir dessa experiência, comecei a participar ativamente do movimento de Mulheres.

Foi nesse período que tive pela primeira vez contato com o conceito de gênero¹⁶, que até então, pensava ser o artigo **a** ou **o** colocado à frente de um substantivo para identificar o gênero feminino ou masculino da/o sujeita/o ou dos objetos das frases/orações. Nos movimentos, além do conceito de gênero, vários outros eram utilizados, tais como diáspora africana, incidência política, advocacy, etc. Algumas palavras, pela primeira vez ouvida, e que ampliavam minha percepção de mundo e das realidades escamoteadas ou que nunca tiveram uma conotação política e social no meu entendimento.

No finalzinho de 2008 fundamos (eu e mais oito mulheres) a organização denominada Movimento de Mulheres do Subúrbio Ginga – MMSG¹⁷, na qual atuo.

¹⁴ Professor de língua portuguesa e inglês e defensor dos Direitos Humanos.

¹⁵ Unidades especializadas da Polícia Civil, que realizam ações de prevenção, proteção e investigação dos crimes de violência doméstica e violência sexual contra as mulheres, entre outros. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/violencia/o-que-e-delegacia-especializada-no-atendimento-a-mulher-deam>>. Acesso: 24 nov. 2015.

¹⁶ Aqui utilizarei o conceito de gênero formulado por Joan Scott (1990), que o entende como um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo assim uma construção social e histórica.

¹⁷ Trata-se de um dos Núcleos do Movimento de Mulheres do Subúrbio.

Este Movimento, desde então, vem desenvolvendo atividades voltadas ao empoderamento de mulheres na comunidade de Santa Luzia, Subúrbio Ferroviário de Salvador, através das ações desenvolvidas nesta localidade, comecei a observar a realidade ao meu redor de forma diferente e fazer análises mais críticas acerca de tudo que vivia. Diante desta (r)evolução mental e da angústia aparente, minha filha me inscreveu no vestibular do ano de 2009, no curso de Gênero e Diversidade da Universidade Federal da Bahia/UFBA, e, embora não estivesse no meu horizonte cursar uma universidade, acolhi como desafio a possibilidade de trilhar este caminho e buscar respostas às dúvidas e inquietações que surgiam todos os dias, principalmente através do movimento social.

1.2 Academia e Movimento Social: uma questão de escolha

Em 2009 ingressei no curso de Bacharelado em Estudos de Gênero e Diversidade – BEGD, uma graduação pioneira no país, que surgiu a partir da iniciativa do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher (NEIM/UFBA), e que tem, dentre os seus objetivos:

Responder a uma demanda crescente por profissionais capazes de formular, acompanhar e monitorar projetos e ações de materialização de direitos, imbuídos de uma perspectiva crítica de gênero e diversidade, ou seja, em suas interfaces com raça/etnia, idade/geração, sexualidade/orientação sexual etc.¹⁸

As coordenadoras do NEIM entenderam que a criação desta graduação responderia à necessidade de profissionais aptas/os a fazer análises de gênero em políticas públicas, assumindo projetos de responsabilidade social e equidade de gênero, tanto no âmbito do Estado como em *agências de* cooperação internacional, empresas e organizações governamentais e não governamentais, dentre outras.

Durante a graduação, mais especificamente nas disciplinas de Introdução aos Estudos de Gênero e Relações de Poder, vivi momentos de muita confusão, já que o aprendizado suscitava a desconstrução de tudo o que tinha aprendido ao longo da vida.

Paralelo ao curso continuei as atividades no movimento social, resultando numa visão mais crítica, reflexiva e contribuindo na luta por um melhor atendimento

¹⁸ Informação encontrada no site do Bacharelado Gênero e Diversidade NEIM/UFBA. Disponível em: < http://www.generoediversidade.ufba.br/?page_id=126 >. Acesso: 04 nov. 2015.

na DEAM de Periperi, reivindicando o início das atividades dos serviços de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual¹⁹ - VIVER, que só iniciou os atendimentos em 2010, suprimindo, de acordo com a Defensoria Pública do Estado da Bahia, “uma demanda da área, já que nesta localidade foram detectados altos índices de violência sexual”.

Tomei consciência de que nenhum desses serviços instalados no Subúrbio foi concretizado pela benesse das/os gestores públicos, mas sim como resposta as demandas dos nossos movimentos, principalmente as articulações coletivas de mulheres. Atualmente, os dois equipamentos funcionam precariamente com equipes reduzidas e a delegacia com audiências marcadas para datas distantes dos registros das ocorrências.

Na academia, fiz releituras de acontecimentos passados e ressignifiquei eventos contemporâneos. Já no movimento, tomava conhecimento de iniciativas para amenizar as dores reais das pessoas. “Precisamos articular e mobilizar, resistir e lutar” - ouvia das mulheres. Os dois espaços contribuíram para minhas reflexões de maneira entrelaçada, resultando em ações praticas. Foi como resposta a esse entrelaçamento que comecei a pensar em meios para intervir, inicialmente, na comunidade onde moro.

Motivada pela desconstrução e mobilizada pela observação forjada entre movimento e academia, em 2010 escrevemos o primeiro projeto de intervenção, sob o título: “Desatando os Nós”, que foi apoiado pelo Elas - Fundo de Investimento Social²⁰ do Rio de Janeiro, FundoBrasil de Direitos Humanos²¹ de São Paulo e a Coordenadoria Ecumênica de Serviços – CESE²² de Salvador, tendo como objetivo: mostrar opções de atividades que proporcionasse autonomia financeira às mulheres

¹⁹ Serviço da Secretaria da Segurança Pública, que atende pessoas em situação de violência sexual que fizeram a denúncia em uma Delegacia de Polícia ou no Ministério Público. Disponível em: <<http://www.dpt.ba.gov.br/index.php?eva=cz0xJm09ZXZhX2NvbnRldWRvJmNvX2NvZD0zMSY>>. Acesso: 03 nov. 2015.

²⁰ Fundo Brasileiro de Investimento Social voltado exclusivamente para a promoção do protagonismo de meninas, jovens e mulheres. Disponível em: < <http://www.fundosocialelas.org/institucional.asp> >. Acesso em: 06 nov. 2015.

²¹ Instituição não governamental que tem como missão promover a realização de direitos humanos no Brasil, construindo mecanismos sustentáveis que canalizem recursos para fortalecer organizações da sociedade civil e para desenvolver a filantropia nacional. Disponível em: < <http://www.fundodireitoshumanos.org.br/v2/pt/page/view/quem-somos/missao>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

²² Instituição não governamental, criada por Igrejas Cristãs, tem a missão de fortalecer organizações da sociedade civil, especialmente as populares, empenhadas nas lutas por transformações políticas, econômicas e sociais que conduzam a estruturas em que prevaleça democracia com justiça. Disponível em: < <http://www.cese.org.br/>>. Acesso: 12 nov. 2015.

que vivem da venda da rifa e bicho²³ pelas ruas da comunidade de Santa Luzia do Lobato, no Subúrbio de Salvador.

A venda de rifa é uma estratégia encontrada por algumas mulheres para sobreviverem diante do cenário de exclusão social a que estão (estamos) expostas diariamente. Porém, após utilizar as “lentes de gênero”, percebi que esta atividade laboral é mais uma forma de marginalização e subalternização da mulher, precisamente das negras, para quem “o combate ao racismo é prioritário [...] na medida em que o racismo produziu gêneros inferiorizados no tocante aos homens negros, e [...] em relação à mulher branca” (CARNEIRO, 2003, p.119).

Marcadas por precárias condições de vida e alijadas dos processos de conhecimento²⁴ de seus direitos e de como reivindicá-los, essas mulheres são mantidas numa condição de inferioridade social devido a vários fatores, entre estes, a falta de Políticas Públicas que as contemplem e que lhes são estrategicamente negadas. A ausência dessas políticas constitui uma exclusão sistematizada e eficiente em prol de interesses privados e da contínua e crescente concentração de renda nas mãos dos de cor e classe hegemônica que se mantém indefinidamente no poder.

O Projeto foi aprovado e desenvolvido. Contamos, em média, com a participação de trinta dessas mulheres da rifa (vendedoras de rifas), as quais participaram de diversas oficinas práticas e teóricas²⁵, revelando outras habilidades, o que, em alguns casos, colaborou para a mudança de atividade laboral, ou, em última instância, contribuiu com uma postura diferente destas para com suas/seus clientes e na forma de encarar a vida. Contudo, os avanços foram poucos e muitas mulheres continuaram vendendo rifas, pois não conseguimos articular com outras instâncias de poder a manutenção das ações que estavam sendo desenvolvidas através do projeto.²⁶

²³ A versão mais difundida diz que o jogo do bicho foi criado por barão de Drummond, com o objetivo de arrecadar dinheiro para a manutenção do Zoológico do Rio de Janeiro. [...] uma espécie de **rifa**, bilhetes estampando com a figura de animais e o prêmio em dinheiro. Disponível em: <<http://www.jornalraza.com/noticias/detalhe/jogo-do-bicho-uma-historia-antiga> >. Acesso: 22 nov. 2015.

²⁴ Esta é realidade da maioria das usuárias serviços de saúde do Distrito do Subúrbio a que a notificação compulsória de destina.

²⁵ Oficinas práticas de confecção de brincos, customização, serigrafia. Oficinas teóricas sobre temas: Lei 10.639/2003, Lei Maria da Penha, Sexualidade, DH, Direitos sexuais e reprodutivos, DST e AIDS, Empreendedorismo, Cooperativismo. etc.

²⁶ Estas são dificuldades geralmente enfrentadas pelas instituições sociais pós-projetos.

Diante das dificuldades encontradas em nosso caminhar, percebemos que sozinhas podemos ir mais rápido, porém juntas vamos mais longe. Foi com essa convicção que, em janeiro de 2011, nos unimos a outras cinco instituições e fundamos a Rede de Mulheres Pelo Fortalecimento do Controle Social das Políticas Públicas. A Rede é uma instituição suprapartidária, formada por instituições de mulheres do subúrbio e periferia, tendo nestas a legitimação necessária para atuar objetivando a construção do protagonismo e autonomia das mulheres. Acreditamos que sem autonomia não teremos condições de exercer o poder de decisão sobre nossas vidas e caminhos. Aliando autonomia e liberdade, visibilizamos a questão da falta de educação infantil para as crianças pequenas na agenda política da cidade, fomentando discussões sobre creches como um dever do município, direito das crianças pequenas e um dos critérios de autonomia das mulheres, principalmente das negras.

1.3 Mudando de tema, mas olhando na mesma direção

Inicialmente, observando as mulheres que vendem rifa de bicho, entre os sucateiros²⁷ e moradoras/es do Subúrbio, pensei em fazer o trabalho de conclusão do curso sobre elas, como uma possibilidade de visibilizar essa nova categoria laboral das “mulheres negras”. Porém, tive dificuldades em desenvolver minha escrita, sobretudo em face da escassez de dados e artigos relacionados a essa função. Diante disto, optei por escrever sobre a Notificação Compulsória da violência contra a mulher.

Meu primeiro contato com a temática da notificação compulsória ocorreu durante o estágio, desenvolvido em 2012, no Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher - GEDEM/MP-BA. Este estágio decorreu do Termo de Cooperação Técnica entre a Universidade Federal da Bahia/UFBA, através do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher/NEIM e o referido grupo do Ministério Público baiano. Esta cooperação interinstitucional possibilitou a abertura do campo de estágio, o qual tinha previsão de término para abril de 2013, mas houve prorrogação por igual período, estendendo-se até abril de 2014.

²⁷ Aquele que negocia em sucata.

O GEDEM conta com a coordenação de uma Promotora de Justiça e de várias/os outras/os Promotoras/es, com atribuição na área criminal e de cidadania, atuando em conjunto contra a violência praticada sobre as mulheres na capital e no interior. Conta com equipe multidisciplinar²⁸ e servidores administrativos que atuam diariamente no atendimento especializado às mulheres em situação de violência doméstica e familiar que procuram à instituição visando a garantia de direitos e/ou a agilidade em seus processos.

O Grupo tem como objetivo institucional: atuar não só quando da ocorrência de crimes - repressão - mas na prevenção e na disseminação do conhecimento, sobre violência de gênero e especialmente sobre a violência doméstica e a Lei Maria da Penha²⁹, através da atuação e manejo dos Direitos Difusos e Coletivos, além de atuar no combate a todo tipo de discriminação contra a mulher e não apenas da violência doméstica. Realiza um trabalho que envolve a divulgação e conscientização de toda a sociedade com referência ao fenômeno da violência contra a mulher, e dá suporte técnico as Promotorias de Justiça do Estado da Bahia, com atuação na temática.

Durante o tempo que estive no GEDEM, vivenciei diversas experiências significativas sobre casos de violência doméstica contra a mulher. Tive a oportunidade de manusear vários processos sobre o assunto, já que atuei nas atividades relativas a pesquisa que objetivava identificar e analisar os entraves³⁰ da justiça no que se refere aos tempos e prazos das ações penais, pertinentes aos processos enquadrados na Lei 11.340/06 (Maria da Penha), desde o oferecimento da denúncia até a sentença em procedimentos gerados nos anos de 2010 e 2011.

Essas experiências me proporcionaram ampliar e pôr em prática os conhecimentos adquiridos nas disciplinas do curso de graduação, sendo que foi nesse período, durante a prorrogação do estágio, que ouvi falar pela primeira vez sobre *Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher*. Esse contato ocorreu

²⁸ Composta de psicóloga/o, assistente social, advogada/o e estagiárias/os de todas as áreas respectivas e de gênero.

²⁹ Grupo criado através da Resolução nº 021/2006, aprovada pelo Colégio de Procuradores de Justiça do Estado da Bahia, publicada no DPJ de 21/12/2006. Disponível em: <<http://www.premioinnovare.com.br/praticas/grupo-de-atuacao-especial-em-defesa-daa-mulher-gedem/>>. Acesso: 15 jul. 2015.

³⁰ Entendendo aqui por entraves na justiça, obstáculos, dificuldades e/ou impedimentos para tramitação dos referidos processos. (Definição encontrada em grupo de discussão entre estagiárias de Gênero e a professora Silvia de Aquino, na livreria Saraiva no Shopping Iguatemi SSA/BA/2013).

em julho de 2013 quando, a convite da gestora do FIEMA³¹, a coordenadora do GEDEM foi convidada a discorrer sobre o *tema: Notificação na Educação, no seminário intitulado: “O Papel da Escola na Prevenção à Violência contra a Mulher”*, na Faculdade Visconde de Cairu.

Este seminário fazia parte da agenda de comemorações pelo dia Municipal da Mulher Negra³², mesma data em que foi instituído, há 23 anos, o Dia Internacional da Mulher Negra Latino Americana e Caribenha³³. O público presente era composto, em sua maioria, de professoras/es e gestoras/es das unidades de ensino municipal, além da vice-prefeita da cidade, vereadoras e outras representações políticas do município. Durante o seminário foram apresentadas as legislações vigentes sobre a notificação compulsória, dentre estas a Lei 10.778/2003³⁴ e a Portaria 104/2011³⁵ do Ministério da Saúde – MS. Vale destacar que o artigo sétimo desta portaria disserta sobre a responsabilidade das/os profissionais das áreas de Saúde e de Ensino, na realização da notificação dos casos de violência contra as mulheres, atendidas por eles, conforme descrito abaixo:

A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (PORTARIA, 104/2011, art. 7º).

³¹ Fundo Municipal para o Desenvolvimento Humano e Inclusão Educacional de Mulheres Afrodescendentes, órgão da administração pública municipal, Criado pela Lei 6.912/2005. Este Fundo desenvolve diversas ações gratuitas que beneficiam as mulheres afrodescendentes, como cursos, palestras sobre gênero e raça, oportunidades para autonomia financeira através de oficinas e etc. Disponível em: <<http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/site/projetos-fiema.php>>. Acesso: 14 jul 2015.

³² 25 de Julho, através da Lei Municipal nº 7.440, foi instituído desde 2008 em Salvador o Dia Municipal da Mulher Negra. Disponível em: <<http://kilombocultural.blogspot.com.br/2012/07/salvador-dia-municipal-da-mulher-negra.html>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

³³ Dia Internacional da Mulher Negra Latino Americana e Caribenha, comemorado em 25 de julho, marco internacional da luta e resistência da mulher negra contra a opressão de gênero, racismo e a exploração de classe. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/politicas_para_as_mulheres/artigos/index.php?p=15608 – acesso: 14 jul. 2015.

³⁴ Lei que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10979942/lei-n-10.778-de-24-de-novembro-de-2003>>. Acesso: 15 jul. 2015.

³⁵ Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 13. maio 2015.

Através das informações obtidas neste evento, pude observar que, mesmo sendo ativa no movimento de mulheres de Salvador, não tinha ouvido falar, até aquele momento, da notificação compulsória da violência contra a mulher, e da importância desse instrumento para a visibilização desses casos e da sistematização dos dados e dos impactos na análise das políticas públicas. Após este evento, iniciei uma pesquisa individual sobre o tema da Notificação Compulsória.

Curiosa, comecei perguntando a algumas mulheres do movimento e às funcionárias/os do posto de saúde da comunidade, onde resido, sobre a temática em questão. Também busquei informações na internet, etc. Na medida em que fui avançando na pesquisa, percebi que poucas/os tinham conhecimento sobre a Notificação Compulsória (Lei 10.778) da violência contra a mulher e que as informações encontradas na internet eram sobre a existência da Lei, mas não continha dados atuais sobre a sua execução.

Consciente da importância desta ação na/para, principalmente, da reincidência da violência contra a mulher, assim como na quebra do seu ciclo, e diante da escassa divulgação e conhecimento da Lei, enviamos, através da rede de mulheres, no final do ano de 2013, um projeto de pesquisa intitulado “Blitz Social do Subúrbio” para a CESE, com o objetivo de verificar se essa Lei estava sendo executada pela/os profissionais dos equipamentos públicos de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, durante o desempenho de suas atividades laborais e de acordo com as diretrizes da legislação vigente no país desde 2003.

Aprovado o projeto, iniciamos as atividades relacionadas em seu escopo. Porém, durante a aplicação dos questionários, e com o aprofundamento do estudo, decidi que este seria o tema do meu trabalho de conclusão de graduação.

1.4 O Subúrbio Ferroviário e o projeto “Blitz Social”

De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013), encontradas no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017³⁶,

³⁶ Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017, (2014, p. 20-22. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

Salvador possui uma população em torno de 2.883.672 habitantes, sendo 47% (1.345.995) do sexo masculino e 53% (1.537.687), do feminino, ambos de maioria negra. A Cidade está organizada em 12 Distritos Sanitários - DS³⁷, a saber: Centro Histórico; Itapagipe, São Caetano/Valeria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Cajazeiras e Subúrbio Ferroviário, sendo esse último o lócus de nossa pesquisa.

Antes de falar do Distrito Sanitário do Subúrbio, apresentarei a localidade - Subúrbio Ferroviário de Salvador - no qual o Distrito está inserido. Inicialmente, convém destacar as dificuldades em quantificar o número de bairros existentes na capital da Bahia, devido à falta de uma política de bairro, o que prejudica o conhecimento dos limites de cada território (VEIGA et al, 2012, p. 134-135;142). Pesquisas desenvolvidas por diversas instituições³⁸ no ano de 2005, e divulgadas pela Revista Interdisciplinar de Gestão Social - RIGS (2012), dão conta de quantitativos de bairros diferentes, mas de acordo com Elba Veiga et al (2012, p. 142), após extenso trabalho, chegou a um consenso afirmando que “Salvador tem 160 bairros e 3 ilhas na sua composição”.

O Subúrbio Ferroviário é um aglomerado que comporta mais de vinte bairros de Salvador. Esses espaços eram constituídos de quilombos, fazendas e casas de veraneios, com acesso restrito através dos transportes marítimos, como barcos e canoas, tanto para mercadorias como de pessoas. O referido acesso era realizado pela Baía de Todos os Santos. Com a ocupação desta área, impulsionada, inicialmente, pela implantação da linha férrea, “que teve o primeiro trecho da via ligando o bairro da Calçada ao subúrbio de Paripe, em junho de 1860”. (REGIS, 2007, p. 44), este território passou a ser conhecido como Subúrbio Ferroviário.

³⁷ Distrito Sanitário deve ser compreendido sobre duas dimensões: a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a outra dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=234&Itemid=60>. Acesso: 16 jul 2015.

³⁸ A saber: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT - Correios), Universidade Federal do Bahia (UFBA), Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia (Conder) em conjunto com a Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia (SSPBA) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano, Habitação e Meio Ambiente (Sedham). Maiores informações: Disponível em: <http://www.rigs.ufba.br/pdfs/RIGS_v1n1_art7.pdf>. Acesso em: 06 de nov. 2015.

No final da década de 1960, logo após a construção da Avenida Suburbana, o território³⁹ foi rapidamente ocupado, em grande parte, por moradoras/es de classes populares e, em muitos pontos, de forma desordenada entre morros e encostas, como traduz Inaiá Carvalho e Gilberto Pereira (2007) sobre o processo de ocupação dessa área:

[...] a partir da década de 1940, a localização de muitos loteamentos populares, que foram ocupados nas décadas seguintes sem o devido controle urbanístico, com suas áreas livres também invadidas. Transformou-se em uma das áreas mais carentes e problemáticas da cidade, concentrando uma população bastante pobre e sendo marcada pela precariedade habitacional, pelas deficiências de infra-estrutura, equipamentos e serviços e, mais recentemente, por altos índices de violência (CARVALHO; PEREIRA, 2007, p. 266).

Encontramos no Subúrbio o maior contingente de negras/os e pobres residentes em morros, becos e encostas, desprovidos de saneamento básico, pois, conforme SOARES (2012), esse espaço é:

[...] lugar das demarcações da riqueza e da pobreza, lugar onde a luta de classe se manifesta implacavelmente tanto nas relações de trabalho e exploração, como na forma que se processa a apropriação do espaço urbano. Salvador, enquanto metrópole do capitalismo periférico serve como referência para analisarmos como a desigualdade social se territorializa no tecido urbano [...] (SOARES, 2012, p. 9).

Apesar do exposto, não podemos homogeneizar esses dados, já que em algumas partes desse mesmo território encontramos ruas asfaltadas, saneamento completo e ocorrências, mesmo poucas, de edificações com valores imobiliários consideráveis, a exemplo dos casarões entre São Thomé de Paripe e Base Naval.

Atualmente, o Subúrbio é uma grande avenida com aproximadamente 14 km de extensão, batizada com o nome do médico e político baiano da cidade de Lençóis, Afrânio Peixoto⁴⁰, porém, popularmente conhecida como “Avenida Suburbana”. Em sua pesquisa de mestrado, intitulada “Lobato e Paripe no Contexto da Avenida Suburbana: Uma Análise Socioespacial”, Imaira Regis (2007), descreve as transformações ocorridas ao longo do tempo nessa grande avenida:

³⁹ Aqui entendido de acordo com definição do geógrafo Milton Santos - “O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é à base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influí.” (SANTOS, 2003). Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/ciga/index.php/ciga/article/viewFile/51/39>>. Acesso: 05 jan. 2016.

⁴⁰ Júlio Afrânio Peixoto, médico formado pela Faculdade de Medicina da Bahia (em 1897), Afrânio Peixoto foi professor universitário (nas faculdades de medicina e direito), higienista, deputado federal e reitor da Universidade do Brasil. Disponível em: <<http://educacao.uol.com.br/biografias/afranio-peixoto.htm>>. Acesso em: 22 set. 2015.

A avenida desempenha um papel fundamental de ligação dos bairros suburbanos com o contexto urbano da cidade, tornou-se um vetor de expansão do eixo norte. Desta forma o ritmo da transformação urbana na área do Subúrbio Ferroviário tem trazido problemas de toda ordem, seja de qualidade de vida dos moradores refletida na falta de equipamentos urbanos, seja na ocupação indevida que induziu a destruição e perda da paisagem natural anteriormente existente, seja as graves condições socioeconômicas geradas pela carência de oportunidade de inserção no mercado de trabalho, que exige cada vez mais uma qualificação profissional (REGIS, 2007, p.16-17).

O que a autora chama de “ocupações indevidas”, nós entendemos como ‘não planejadas’, fator que contribui em parte (não só), com a precarização das localidades do Subúrbio, pois em vários pontos as/os moradoras/es estão sujeitos a desabamento, alagamento, critérios que reforçam a existência da discriminação racial contextualizada pelas áreas, histórica e socialmente relegadas as/aos da cor negra de classe popular. Essa discriminação fica evidente quando observamos em que espaços residenciais ainda hoje estão inseridas/os as/os negras/os, confirmando a estratégia da classe hegemônica de silenciar, afastar e criminalizar o povo negro, pois como afirma Lélia Gonzalez, “a primeira coisa que a gente percebe, nesse papo de racismo é que todo mundo acha que é natural. Que negro tem mais é que viver na miséria” (GONZALEZ, 1984, p. 225).

Na contextualização desse território, vale destacar as impressões do sociólogo Espinheira (2003), que por muitos anos desenvolveu estudos, pesquisas e várias atividades no Subúrbio, contribuindo com a visibilidade dos problemas estruturais enfrentados pelas/os moradoras/es desta área. De acordo com ele, predominava no imaginário das pessoas “estigmas, que vão do estranho, do migrante, ao do ser menos civilizado, capaz de comportamentos violentos”(ESPINHEIRA, 2003, *apud*, REGIS, 2007, p. 46), com relação aos moradores do Subúrbio. Estes sentimentos, ainda hoje, fazem parte do senso comum, porém não é um pensamento unânime, pois embora o Subúrbio continue apresentando mazelas em vários setores, esses stigmas são mais propagados por pessoas externas a ele e não pelas/os residentes.

O Subúrbio tende sim, a ter áreas precarizadas e sem investimento público suficientes, tanto do âmbito municipal como do estadual, porém, nada diferente de outras tantas áreas periféricas de Salvador. Nossa intenção não é minimizar os problemas que enfrentamos cotidianamente, mas, reafirmar que a exclusão está aqui e em todas as localidades periféricas da nossa Cidade, mesmo existindo no interior destes territórios os arranjos próprios da beleza natural do local, e do que é

possível manter individualmente e/ou com a ajuda do coletivo das/os moradores. Mas, temos consciência de que a negligência da/os gestores públicos para com este território é notória e prejudica o bem viver das pessoas que residem nesta porção das *terras brasilis*.

Negligência também observada quando voltamos nossos olhos à demanda reprimida existente no atendimento de setores básicos e fundamentais à vida, a exemplo do setor de saúde. A omissão ou o pouco empenho na aplicabilidade da Lei de notificação compulsória da violência contra a mulher é uma dessas, conforme veremos no decorrer deste trabalho.

Foi no Subúrbio de Salvador que desenvolvemos o projeto de pesquisa denominado Blitz Social do Subúrbio, que teve suas atividades realizadas entre o final de 2013 e meados de 2014, com o objetivo de verificar a efetivação da política pública de notificação da violência contra a mulher, entre as/os profissionais dos equipamentos públicos de saúde do distrito sanitário do Subúrbio.

Participaram deste projeto, na aplicação dos questionários e observações não participantes, as seguintes instituições e pessoas: Da Rede de Mulheres - Karine Silva e Josy Andrade; Raimunda Oliveira e Marta Pinho; Simone Paiva e Claudia Isabele; Ladailza Teles e Edna Pinho. Esta última participante sou eu, valendo destacar que, além da escrita do projeto, minha atuação se deu em todas as unidades nas quais ele foi realizado, tanto aplicando os questionários como articulando ações. Do Instituto Búzios, tivemos a participação de Eva Bahia e Débora Anjos. Antes de ir a campo, elaboramos o instrumento de coleta, delineamos as ações e dividimos tarefas com as duplas, tais como: atualização da relação de equipamentos e responsáveis pelas unidades de saúde do Distrito Sanitário onde aplicaríamos os questionários. Motivo pelo qual estou escrevendo no plural, pois a coleta dos dados que ensejou a produção desta monografia não foi realizada unicamente por mim, mas também, pelas companheiras citadas acima. Faço esse registro por uma questão de reconhecimento e de justiça.

1.5 O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário: o campo de pesquisa

O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, segundo a SMS (2013) é o maior distrito em extensão, mas não em população e caracteriza-se de acordo com o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2010-2013⁴¹, por ser:

Uma área com importantes vazios de ofertas de equipamentos de saúde. Neste distrito concentra-se ainda a maior frequência de chefes de domicílio com baixa ou sem escolaridade. Este aspecto determina a baixa capacidade de inserção no mercado de trabalho assim como a maior fragilidade em assegurar o acesso aos serviços de saúde para si e para os outros membros da família (PMS, 2010-2013, p. 21)

O Distrito é composto por 27 Unidades de Atendimento, assim distribuídas: 04 Unidades Básicas de Saúde - UBS, 01 Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, 01 Unidade de Pronto Atendimento - UPA, 01 Serviço Residencial Terapêutico - SRT⁴², e 21 Unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF, que trabalham com equipes e alcançam em atendimento 60% da população do Subúrbio. Do conjunto destas unidades, foram lócus da nossa pesquisa 17 equipamentos, todos identificados como Unidades de Estratégias de Saúde da Família e inseridos no Subúrbio, conforme o quadro abaixo:

Quadro 1 - Relação das Unidades de Saúde Participantes

Item	Natureza da unidade de saúde	Bairro	Endereço
01	ESF	Alto do Congo	Rua Santo Inácio S/N – A. Coutos
02	ESF	Alto de Coutos II	Rua Golan s/n, Parque Setúbal -A. Coutos
03	ESF	Alto Coutos	Travessa 02 de Julho S/N – Alto de Coutos
04	ESF	Beira Mangue	Boiadeiro/São Bartolomeu
05	ESF	Rio Sena	Rua do Lírio nº 339 – Rio Sena
06	ESF	*Ilha Amarela ⁴³	Rua Nova Esperança de Ilha Amarela, s/n – Ilha Amarela
07	ESF	Alto da Terezinha	Rua Direta da Terezinha s/n. Alto da Terezinha)

⁴¹ Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde de Salvador 2010-2013. 2010, p. 21. Disponível em: < http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2015.

⁴² O Serviço Residencial Terapêutico (SRT) – ou residência terapêutica ou simplesmente "moradia" – são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não. Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, que introduz os Serviços Residenciais Terapêuticos no SUS para egressos de longas internações.

Disponível em: < <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> >. Acesso: 13 out. 2015.

⁴³ Na época da pesquisa a unidade de Saúde do Rio Sena estava alocada na unidade de Ilha Amarela, pois a estrutura de Rio Sena estava, segundo informado, há um ano em reforma. Profissionais das duas unidades trabalhavam cada um com suas/seus usuárias/os, os de Rio Sena atendiam as/os da unidade de origem. Fizemos entrevistas com 03 pessoas de cada unidade.

08	ESF	Alto do Cruzeiro	Rua Campo da Bola s/n, Rio Sena
09	ESF	Cocisa	Rua Montes Claros s/n, Paripe (Final de linha de Cocisa)
10	ESF	Fazenda Coutos III	Rua Alto das Malvinas, s/n- Faz Coutos III
11	ESF	Itacaranha	Rua da Pira, s/n – Itacaranha
12	ESF	São João do Cabrito	Rua dos Ferroviários (final de Linha), nº122
13	ESF	São Jose de Baixo	Jardim Lobato
14	ESF	São Tomé de Paripe	Rua Santa Filomena, s/n – São Tomé de Paripe
15	ESF	Sérgio Arouca	Rua Carioca, s/n – Paripe
16	ESF	Vista Alegre	Rua Do Sabiá, s/n – Vista Alegre
17	ESF	Ilha de Maré	Rua das Caeria nº72 localidade de Praia grande

Fonte: Organizado pela autora desta pesquisa monográfica.

O Programa Saúde da Família - PSF⁴⁴ foi implantado no Brasil na década de 90 e se consolidou como uma estratégia de ação permanente para a reformulação da atenção básica em saúde. Vale destacar que sua proposta, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁴⁵ (2006) é a *prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde*, com intervenções centradas na família de um determinado território e envolvendo, em tese, uma equipe multiprofissional (PNAB, 2006, p.10).

Ainda de acordo com esta Política, a implantação da ESF é de responsabilidade do município, que tem autonomia política e poder de decisão sobre a estratégia de saúde. Contudo, deve ser elaborada proposta de implantação e expansão da mesma, visando a promoção da saúde, conforme conceituação encontrada na Política Nacional de Promoção da Saúde⁴⁶ - PNPS:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no

⁴⁴ Com o grande êxito deste Programa, este passou a ser denominado como uma Estratégia de Saúde da Família, através da qual a atenção básica se organiza no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://ademacen.blogspot.com.br/2015/04/projeto-de-lei-visa-permitir-que-acss.html>>. Acesso: 07 jan. 2016.

⁴⁵ Regulamentada pela Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011, Define e dispõem sobre: Princípios, diretrizes gerais e funções nas Redes; - Responsabilidades de todas as esferas de governo; [...] Especificidades de cada estratégia (ESF, PACS, ESB, Populações Específicas); - NASF, Programa Saúde na Escola (PSE); -Implantação, Credenciamento e Teto das equipes. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/PNAB.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2015.

⁴⁶ Traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular sua ação com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Art. 2º A PNPS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso: 24 nov. 2015.

nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (PNPS, 2007, p. 22).

Para a notificação compulsória da violência contra a mulher que procura os equipamentos públicos de saúde, a ESF tem importância fundamental, dada a proximidade das equipes que a compõem com as/os moradoras/es das comunidades. Por isso, embora percebamos a necessidade de investimentos na estrutura física destes equipamentos, também se faz necessário investir na formação dos profissionais para lidar com as diversidades encontradas nestas comunidades, respeitando as singularidades dos aglomerados populacionais e não perdendo de vista a concepção de saúde, tal qual explicitada pela Declaração de Alma Ata⁴⁷ (1978), que define a saúde como: “[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (ATA, 1978, p.1). Por tudo isso, acreditamos que a ESF é uma forte aliada no enfrentamento da violência e em específico da doméstica e familiar.

As ESFs são compostas de equipes de trabalho da qual também fazem parte as/os Agentes de Saúde - ACS⁴⁸, que antes compunham o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁴⁹, quando da implantação do Programa de Saúde da Família em 1994. Os PACS e os ACS foram sendo incorporado aos poucos à Estratégia de Saúde. No início desse Programa, um dos critérios de admissão para as/os Agentes Comunitários/os de Saúde era que as/os mesmas/os fossem residentes nas localidades onde exerceriam suas atividades laborais. Porém, existe

⁴⁷ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata (URSS), aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração: (Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso: 23 jun. 2015.

⁴⁸ Profissional responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde, mapeando e encaminhando pessoas ao serviço de saúde. Profissionais tiveram suas atividades laborais reconhecidas pela Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 Disponível em: <http://www.infojobs.com.br/artigos/Agente_Comunitario_de_Saude__3953.aspx>. Acesso: 16 nov.2015.

⁴⁹ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início em 1991 e segundo Viana e Poz (2005) foi o precursor de importantes programas de saúde, dentre eles o Programa Saúde da Família (PSF). Disponível em: <http://www2.ipec.ce.gov.br/encontro/artigos_2008/26.pdf>. Acesso: 16 nov. 2015.

um Projeto de Lei (PL 352/2012⁵⁰) em trâmite parlamentar visando a liberação dessa exigência, haja vista que na prática a mesma não vem sendo cumprida. As/os agentes de saúde, assim como as/os demais profissionais que fazem parte das equipes da Estratégia, acompanham as famílias cadastradas na comunidade, gerando, através de visitas domiciliares regulares, vínculos de confiança entre estes e as/os moradora/es, conforme exposto:

A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, constituída de equipe multidisciplinar, responsável pelo atendimento de forma resolutiva da população da área adstrita e pela construção de vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas (BRASIL, 2011, p.5).

Trata-se de um processo contínuo e vivo de aprendizagem e desenvolvimento no atendimento integral das/os usuária/os dos serviços. Este ambiente é propício para observação das/os profissionais de saúde com relação às vivências familiares e na percepção da violência doméstica-familiar, colaborando com ações específicas para os problemas encontrados nestas comunidades, articulando em/com a Rede de Atenção à Saúde⁵¹ (RAS) e a Rede de Atenção e Enfrentamento a Violência contra a Mulher⁵².

1.6 Estratégias e instrumentos de investigação

Por se tratar de uma pesquisa exploratória, de cunho descritivo, sobre o processo de efetivação da política de notificação compulsória, utilizamos como técnica de coleta de dados o questionário com perguntas abertas e fechadas, bem como a observação não participante, que nos possibilitou observar, de forma

⁵⁰ Visa alterar a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que 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, para modificar requisito de que o Agente Comunitário de Saúde resida na área da comunidade em que atuar, a fim de exigir apenas que o profissional resida na área do município em que atuar. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/107535>>. Acesso: 07 jan. 2016.

⁵¹ A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideal de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso: 24 nov. 2015.

⁵² Diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres/>>. Acesso: 24 nov. 2015.

discreta, o cotidiano laboral das/os profissionais e a estrutura física dos equipamentos, enquanto aguardávamos a devolução dos questionários. Como ativistas do movimento de mulheres, aproveitamos para fortalecer os laços e parcerias, já que sempre estamos divulgando as ações e direcionando mulheres que precisam de atendimentos para estes equipamentos.

Inicialmente, fizemos levantamento, via internet, sobre todos os equipamentos de saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Após isto, e a partir da relação encontrada virtualmente, telefonamos para cada Unidade visando a atualização de dados. De posse destes, fizemos uma reunião de alinhamento teórico-metodológico com vistas à elaboração do questionário. Montamos as agendas de visitas aos equipamentos, onde acordamos que as mesmas seriam realizadas em duplas, para fins de aplicação dos questionários. Formamos cinco duplas de pesquisadoras, como já citadas.

Essas cinco duplas fizeram as visitas aos postos de saúde, onde observaram: estruturas e localização do equipamento e pontuaram suas percepções sobre o que viram e ouviram durante essas visitas. Vale salientar que, além das duas visitas que me foram designadas em virtude da distribuição das tarefas, fiz, pessoalmente, visitas em todos os demais equipamentos, num total de quinze, a fim de constatar *in loco* o que foi relatado por minhas companheiras, bem como buscar recolher alguns questionários que não haviam sido devolvidos.

Conforme já exposto, a pesquisa teve uma abordagem quanti-qualitativa, realizada em dezessete Unidades de Saúde do Distrito Sanitário do Subúrbio, situado no Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA. A coleta de dados foi realizada através do questionário de autopreenchimento estruturado com perguntas fechadas e abertas, visando responder aos objetivos desta investigação. A utilização do questionário, que segundo Gil (1999), pode ser definido:

Como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc. (GIL. 1999, p.128).

Compartilhamos desse conceito, já que o objetivo da pesquisa deixa evidente a necessidade de conhecermos as opiniões das/os profissionais da saúde do Distrito do Subúrbio sobre a política em apreço. Esse mesmo autor apresenta as seguintes vantagens do questionário sobre as demais técnicas de coleta de dados:

a) possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado pelo correio; b) implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treinamento dos pesquisadores; c) garante o anonimato das respostas; d) permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais convenientes; etc (GIL.1999, p.128-129).

A técnica do questionário foi escolhida, principalmente pelo critério 'tempo' - na realidade, pela escassez deste, tanto por parte das/os sujeita/os da pesquisa em suas atividades laborais, como a nossa. Esse mesmo autor pontua alguns aspectos negativos desta técnica, como segue:

a) Exclui as pessoas que não sabem ler e escrever, o que, em certas circunstâncias, conduz a graves deformações nos resultados da investigação; b) impede o auxílio ao informante quando este não entende corretamente as instruções ou perguntas; c) não oferece a garantia de que a maioria das pessoas devolva-no devidamente preenchido, o que pode implicar a significativa diminuição da representatividade da amostra; d) envolve, geralmente, número relativamente pequeno de perguntas, porque é sabido que questionários muito extensos apresentam alta probabilidade de não serem respondidos (GIL. 1999 p.129).

Constatamos alguns desses pontos nas respostas em branco que encontramos em alguns quesitos, porém a maioria foi respondida satisfatoriamente, mesmo que em alguns casos tenha sido de forma sucinta.

O questionário utilizado foi composto por dezoito questões, sendo dez destas ligadas ao tema da violência contra a mulher e a notificação compulsória. Dentre as questões, três são abertas, uma dependente e seis fechadas, respondidas prioritariamente por três profissionais integrantes da equipe mínima do posto, tais como: enfermeiras/os, médicas/os e a/o gerente. Como aplicamos os questionários em dezessete unidades de saúde, obtivemos um total de cinquenta e um (51) respondentes, assim divididos: dentre as/os 17- médicas/os – conseguimos aplicar dez (10), isto é, (56,8%); das/dos 17 enfermeiras/os, participaram todos, isto é, (100%) e das/os 17 gestoras/es, dez (10) responderam, ou seja, (56,8%).

Na ausência de um/a desses membros da equipe, solicitávamos a participação de outra/o agente público para responder ao questionário. Entre as/os médicas/os alguns não participaram justificando não ter tempo para responder e no caso das/os gestores das unidades, por não estarem presentes e normalmente quem respondia era sua/eu substituta/o na função. A escolha desses sujeitas/os foi feita a partir do critério da hierarquia de responsabilidade inerente a função no atendimento das mulheres em situação de violência, o que entendemos ser: a/o médica/o, enfermeira/o, já o gerente da unidade, este último, por ter a

responsabilidade em avaliar o grau de comprometimento da equipe da unidade e reportar às autoridades a efetivação ou não da Lei, e por serem as/os responsáveis diretos pelo equipamento de saúde nas comunidades.

Como estávamos em dupla, normalmente ficávamos no corredor ou na recepção aguardando a devolução dos questionários por parte dos profissionais e aproveitando o tempo para observar as rotinas de trabalho da equipe na unidade, a estrutura física dos equipamentos e as/os usuárias/os. Nos organizamos para chegar as unidades pouco depois da abertura dos trabalhos, já que o funcionamento normalmente, começa as oito horas da manhã e vai até as dezesseis e trinta da tarde. Na chegada nos dirigíamos à recepcionista e pedíamos para falar com a/o gerente ou responsável pelo equipamento. Na presença desta/e explicávamos os objetivos da pesquisa e pedíamos a disponibilidade desta/e, e de mais dois profissionais para responderem o questionário.

Tivemos algumas dificuldades em acessar as/os profissionais, principalmente, médicas/os, pois, compreensivelmente, muitas vezes estavam ocupadas/os devido à grande demanda de usuárias/os dos serviços públicos de saúde. Noutras vezes difícil eram as/os enfermeira/os, pois é comum estes profissionais substituírem as/os médica/os nos atendimentos as/os usuárias/os dos serviços.

Depois de distribuído os questionários, ficávamos aguardando a devolução dos mesmos, na própria unidade, realizando a observação não participante, como já foi dito, porém, em poucas vezes as/os respondentes não entregavam o questionário no mesmo dia, e tínhamos que voltar em outra data para buscá-lo, como ocorreu nos bairros de Vista Alegre e Itacaranha.

Retornar a unidade sempre foi a nossa última opção, pois, além da falta de tempo que nos aflige cotidianamente, as distâncias de uma unidade para outra são razoavelmente grandes, o que impossibilitou, inclusive, aplicarmos o questionário em vários postos no mesmo dia, com exceção de Alto de Coutos onde realizamos a pesquisa nas três unidades situadas no bairro.

A pesquisa teve a coleta de dados desenvolvida em tempo fragmentado, tendo início nos dois últimos meses de 2013 e término no segundo semestre de 2014, mesmo assim não teve uma linearidade nas visitas aos equipamentos.

2 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: marcos teóricos e legais

Este capítulo traz a fundamentação teórica e os marcos legais sobre a violência contra a mulher, enfatizando a política de notificação compulsória nos serviços de saúde. Destaca o conceito de violência contra a mulher, aborda as principais respostas estatais para o enfrentamento deste fenômeno no Brasil e apresenta a lei 10.778/2003 e outras normativas dela decorrentes. Discute, ainda, a importância da realização da notificação pelos serviços de saúde e apresenta a sua dinâmica no âmbito do sistema.

2.1 Violência Contra a Mulher e Políticas de Enfrentamento

A violência contra a mulher tem sido objeto de inúmeros estudos desenvolvido a partir das mais diversas abordagens e nos mais variados campos do conhecimento, revelando a sua importância, complexidade e caráter inter e multidisciplinar. Pressionado pela mobilização social, levada a cabo pelos movimentos feministas e de mulheres, o Estado brasileiro tem desenvolvido diversas ações voltadas para o entendimento e enfrentamento desta problemática. Neste sentido, pesquisas acadêmicas têm sido fundamentais, pois não somente aprofundam o conhecimento do problema como levantam novas questões e apresentam soluções a serem testadas política e juridicamente (BANDEIRA, 2005, 2008)

O termo violência contra a mulher foi criado pelos movimentos feministas a partir das décadas de 60-70, quando estas questões começaram a ser visibilizadas e politizadas. Desde então, os referidos movimentos, solitariamente ou em conjunto com outros, vem lutando para que o Estado brasileiro apresente respostas eficientes e eficazes a esta problemática. As lutas se desenvolvem no âmbito nacional e internacional e, desde a redemocratização do país, muitas conquistas vêm sendo realizadas (PASINATO, 2005, SILVA, 2012).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (PARÁ, 1994, p. 2) - Convenção de Belém do Pará⁵³ - definiu a

⁵³ Convenção de Belém do Pará, adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA em 1994 constitui-se no marco histórico internacional na tentativa de coibir a

violência contra a mulher como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.” No mesmo sentido, a Lei Maria da Penha, que trata da violência contra a mulher no âmbito doméstico e familiar, caracterizou esse tipo de violência, em seu artigo 5º como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL. Lei 11340/06).

O enfrentamento a este tipo de violência exige não apenas a ação preventiva e repressiva dos sistemas de polícia e/ou de Justiça e de outros órgãos e serviços, mas de toda a sociedade, assim como dos diversos equipamentos das áreas de educação e de saúde. Afinal, como já foi exposto, a violência contra a mulher atenta contra os direitos humanos e constitui problema de saúde pública, já que suas consequências são danosas para toda a sociedade, conforme explicitado no pronunciamento do ex-secretário geral da ONU, Kofi Annan⁵⁴

A violência contra as mulheres causa enorme sofrimento, deixa marcas nas famílias, afetando várias gerações, e empobrece as comunidades. Impede que as mulheres realizem suas potencialidades, limita o crescimento econômico e compromete o desenvolvimento. No que se refere a violências contra as mulheres, não há sociedades civilizadas. (ANNAN, 2000)

Em razão da gravidade e extensão do referido fenômeno, diversas autoras entendem que a violência contra a mulher resulta do modo de socialização hegemônico em nossa sociedade, onde a ordem de gênero patriarcal, fundada numa cultura machista, ainda é a lógica socialmente dominante (SAFFIOTI, 2004; GREGORI, 1993)

Para o enfrentamento de tais questões, várias/os estudiosas/os enfatizam o papel do Estado e a importância das políticas públicas que são constituídas pelo conjunto de leis, planos, programas, projetos e ações que, em tese, demandam recursos públicos e ampla participação social na formulação, implementação, monitoramento e avaliação das mesmas (PASINATO, SANTOS, 2005; BANDEIRA, 2009). Para estas autoras, esta seria a forma mais abrangente e mais segura de intervenção, já que o Estado detém o poder de intervir em toda a sociedade e de exigir o cumprimento de seus compromissos.

violência contra a mulher. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso: 20 nov. 2015.

⁵⁴ Pronunciamento realizado em Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, ocorrida entre os dias 5-9 de junho de 2000, em Nova York.

Não cabe aqui uma exposição delongada do conjunto de políticas relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, mas vale destacar que, além dos serviços que foram implementados no Brasil a partir da década de 1980 como as primeiras delegacias, os primeiros conselhos de direitos e outros, foi a partir da redemocratização do país, com o novo texto constitucional, que a temática da violência contra a mulher entrou, efetivamente, na agenda pública do país. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu em seu artigo 226, parágrafo 8º, que “O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações.” (BRASIL, 1988; SILVA, 2012).

Nesta perspectiva, foi elaborada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com a finalidade de definir os fundamentos conceituais e políticos para o enfrentamento da questão. Isto se deu com a criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM/PR, em 2003, (mesmo ano da assinatura da Lei de notificação), que se constitui como a principal ferramenta de construção de políticas públicas para as mulheres em âmbito federal. Vale lembrar que esta secretaria, no ano de 2015, deixou de ter *status* de ministério e foi incorporada ao recém-criado Ministério da Cidadania, acarretando prejuízos às conquistas das mulheres. Convém destacar que de acordo com a Política Nacional,

[...] a violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. A violência contra a mulher dá-se no nível relacional e societal, requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento e um reconhecimento das dimensões de raça/etnia, de geração e de classe na exacerbação do fenômeno. (BRASIL, 2011, p. 8)

A referida Política tem como marco regulatórios as Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, os Planos de Políticas para a Mulher, entre outros. Para concretização dos objetivos da Política, são necessários os equipamentos públicos, tais como Delegacias, Defensorias, Promotorias e Varas Especializadas, além dos Centros de Referências, Casa Abrigo, etc. O que muitas pessoas não sabem é que o campo da saúde – incluindo-se aí os serviços, equipamentos e profissionais - também é um locus privilegiado para a construção e implementação de políticas de prevenção e combate à violência contra as mulheres. E foi exatamente neste aspecto que o nosso olhar ficou concentrado. Isto é, na importância e no papel dos serviços e profissionais de saúde – da rede pública e

privada – para a identificação da violência e para o seu registro, visando constituir dados e indicadores que permitirão o desenvolvimento de ações preventivas e repressivas ao fenômeno. É sobre isto que falaremos no item a seguir.

2.2 Violência Contra a Mulher e Serviços de Saúde - Notificar é Lei

Conforme já foi destacado, a violência contra as mulheres também é problema de Saúde pública, sendo dever do Estado implementar políticas públicas que permitam a sua identificação, notificação e alimentação do sistema que deve atuar de maneira intersetorial com outros órgãos destinados ao tratamento desta questão.

Segundo Pedrosa e Spink (2011, p. 125), os serviços de saúde, incluindo os de alta e média complexidade, recebem diariamente casos de mulheres com “agravos à saúde, causados pela violência, são queixas frequente nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e raramente são reconhecidos e abordados como tal”. Para estas autoras,

O trabalho médico, [...] devido ao seu aparato conceitual e técnico, reduz o problema da violência a uma questão do corpo individual e o mesmo diagnóstico e conduta serão prescritos tanto à mulher que sofreu uma fratura por acidente de automóvel quanto àquela que apresentou uma fratura por espancamento; os dois corpos assim tratados retornarão à mesma vida social em que se feriram. (PEDROSA; SPINK, 2011, p. 125).

As autoras citadas apontam para a necessidade de uma mudança na formação e na abordagem das/dos profissionais de saúde, especialmente das/dos médicas/os, pois segundo as mesmas,

A abordagem da violência de gênero nos serviços de saúde demanda práticas congruentes com essa perspectiva, em que o profissional se posiciona como facilitador do processo terapêutico, construindo estratégias com as usuárias que contemplem e respeitem seu contexto social e suas singularidades. Para isso, é necessário se aproximar dessas realidades e dar visibilidade aos conflitos que estão subentendidos nas queixas. (PEDROSA; SPINK, 2011, p. 126).

Corroborando este entendimento, acreditamos que se faz urgente uma formação com perspectiva de gênero para o campo da saúde, considerando que a violência contra a mulher tem sido invisibilizada no Sistema Único de Saúde, especialmente nos equipamentos sediados nos bairros, que são os lugares mais procurados pelas mulheres, dada a proximidade com suas residências. Vale destacar que esta formação também se faz necessária porque, pela legislação vigente, já não se trata de uma faculdade, isto é, de uma escolha das/dos

profissionais notificarem ou não a violência contra as mulheres, mas de uma exigência legal, um imperativo jurídico que pode trazer consequências e responsabilização pela sua não realização. Portanto, e considerando a realidade das/dos profissionais já formados e em pleno exercício da profissão, cabe ao Estado oferecer – e cobrar resultados – de capacitações que abordem a temática de gênero – especialmente da violência de gênero - e que permita uma atuação que não descuide da adoção deste enfoque nas intervenções de saúde diária.

Considerando que o foco deste trabalho é a Notificação Compulsória da violência contra as mulheres, vale destacar que esta é uma Política Pública destinada tanto ao enfrentamento da violência quanto ao atendimento da vítima. Do lado do enfrentamento, aspira servir como elemento para a desarticulação do ciclo da violência⁵⁵, pois, caso funcione a contento, pode gerar reações em rede, causando o rompimento da sucessão de agressões as quais as mulheres estão expostas. No lado do atendimento, ao acolher essas mulheres, considerando suas especificidades, e ao efetuar os registros de notificação, posteriormente estas serão encaminhadas para os serviços complementares (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA. 2003, p. 22).

O efetivo registro da violência no sistema é o que fornecerá dados para análise do fenômeno e ações tanto preventivas quanto combativas a esta violência, já que os dados aos quais atualmente temos acesso não refletem a realidade do problema, o que demonstra não apenas o pouco ou nenhum conhecimento da Lei 10.778 ou o descompromisso com a mesma.

A não efetivação da notificação contribui para a invisibilidade da violência contra a mulher e dificulta, em parte, não apenas o controle social dessa política pública, mas o seu próprio aprimoramento, já que sua não utilização interfere na

⁵⁵ “O ciclo de violência está dividido em três fases, segundo Sousa (2007), sendo elas:”**Primeira etapa da tensão** vem a ser a violência psicológica, o desrespeito, intimidações, abusos verbais, destruição de documentos, constrangimento público, atribuição de culpa a mulher pelo fracasso, entre outras coisas... esta fase a vítima alimenta a expectativa de que irá reverter a situação. **Na segunda fase, a explosão**, acontece à violência física propriamente dita. Nesta fase é comum que todas as promessas do agressor, como: “não vou fazer novamente”, “prometo nunca mais brigar” ou bater, etc., são esquecidas pelo agressor. **Na terceira fase, a reconciliação** volta-se à fase da lua de mel, quando se passa “uma borracha” em tudo que está errado e recomeça o relacionamento novamente com novas promessas, desculpas e arrependimento. Esse ciclo é freqüente na vida da mulher que sofre com a violência doméstica, colocando a dificuldade que ela tem para acabar com a relação e colocar distância do companheiro/agressor, por uma série de questões, que vão de motivos financeiros a razões de fundo emocional”. Disponível em: < http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656_ARQUIVO_VIOLENCIADOMESTICAADIFICILDECISAODEROMPEROUNAOCOMESSECICLO.pdf >. Acesso: 23 dez. 2015.

identificação de eventuais problemas oriundos de sua formulação ou mesmo de sua implementação. Eis porque é importante conhecer e visibilizar as legislações existentes, pois isto também constitui estratégia de combate à violência e de fortalecimento das políticas.

Conforme exposto no início deste capítulo, o Estado brasileiro, com a contribuição da sociedade civil e de profissionais com expertise no campo, já elaborou e vem implementando diversas políticas de enfrentamento a violência contra as mulheres. A Lei 10.778/2003, que trata da Notificação Compulsória é um desses mecanismos, e precisa de reforço para sua efetivação. Esta lei estabelece, nacionalmente, a notificação da violência contra as mulheres ocorrida em qualquer lugar, e sempre que estas procurarem atendimentos nos serviços de saúde público e/ou privado.

Assinada em 24 de novembro de 2003, a referida lei adotou a mesma definição de violência encontrada na Convenção de Belém do Pará, já explicitada anteriormente. No artigo 1º, parágrafo 2º da Lei 10.778/2003, lemos: “entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica”, desde que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (LEI 10.778/2003, art. 1º, § 2º, Inciso: I, II e III).

Vale destacar que a Lei da Notificação acima referida foi regulamentada através do Decreto Federal de nº 5.099 de 2004, que considera a violência contra a mulher como:

Um problema de alta relevância e de elevada incidência, apresenta pequena visibilidade social, e que o registro no Sistema Único de Saúde destes casos é fundamental para dimensionar o problema e suas conseqüências, a fim de contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todos os níveis. (DECRETO 5099/2004).

Este Decreto instituiu os Serviços de Referência Sentinela⁵⁶, como disposto em seu artigo primeiro: “Ficam instituídos os serviços de referência Sentinela, aos

⁵⁶ Sistemas de Vigilância que tem como objetivo monitorar indicadores chaves na população geral ou em grupos especiais, que sirvam como alerta precoce para o sistema, não tendo a preocupação com

quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher” (BRASIL, Decreto 5099/2004). Em novembro do mesmo ano, através da Portaria de nº 2.406/2004, foi aprovado o “formulário de registro e fluxo de notificação” em todo território nacional, (artigo 3º desta Portaria), conforme explicitarei mais adiante, no item específico.

Já o artigo 3º da Lei Notificação Compulsória (10.778/2003) traz em sua redação o caráter sigiloso da notificação. O sigilo não somente está presente nesta Lei, como também em outras legislações, a exemplo do Código Penal Brasileiro – (CPB/1940), que em seu artigo 154 prevê pena de três meses a um ano de detenção, ou multa para aquele que: “sem justa causa, revelar segredo adquirido mediante ofício ou profissão [...]”. Ou seja, a/o profissional da área de saúde, por exigência da sua função, deverá manter as informações as quais tiver acesso preservado, só revelando “em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável” (parágrafo único, do artigo 3º, 10.778/2003). Assim, o sigilo também se impõe em caso de notificação compulsória, a exemplo do que preveem os Códigos de Ética das/os profissionais de saúde e assistência, tais como: Código de Ética: Médica⁵⁷, de Enfermagem⁵⁸, de Psicologia⁵⁹, de Serviço Social⁶⁰, Odontologia⁶¹, dentre outros.

estimativas precisas de incidência ou prevalência da população geral. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso: 23 nov. 2015.

⁵⁷ “Aprovado pela Resolução Nº 1.246 do Conselho Federal de Medicina (1988), nos Artigos 11, 102 e 105, autoriza quebra de sigilo “quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência de denunciá-lo à autoridade competente”. Disponível em: < http://www.ipebj.com.br/docdown/_e41b6.pdf>. Acesso: 16 dez. 2015.

⁵⁸ Conselho Federal de Enfermagem 08.02.2007 - Capítulo II, Art. 82 – “garante sigilo profissional, “exceto em casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal”. Disponível em: < <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>>. Acesso: 16 dez. 2015.

⁵⁹ Resolução Nº 010/05 - CFP - Artigo 10 – Sigilo “excetuando-se os casos previstos em lei, o psicólogo poderá decidir pela quebra de sigilo, baseando sua decisão na busca do menor prejuízo”. Disponível em: < http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso: 16 dez. 2015.

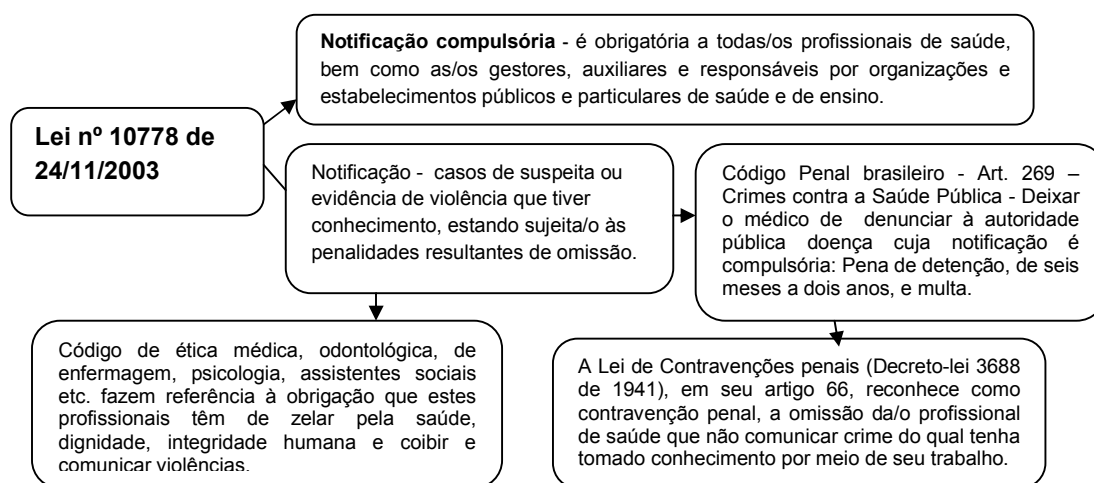
⁶⁰ (Resolução Nº 273, 13/03/1993 - CFESS) - Artigo 18 - “A quebra do sigilo só é admissível, quando se tratarem de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade”. Disponível em: < http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso: 16 dez. 2015.

⁶¹ Resolução Nº 42/2003 - CFO - Capítulo VI, Artigo 10, Parágrafo 1º - também assegura quebra de sigilo na alínea “b) colaboração com a justiça em casos previstos em lei”. Disponível em: < http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica_Atual.pdf>. Acesso: 16 dez. 2015.

No artigo 5º da Lei de Notificação, encontramos que: “a inobservância das obrigações estabelecidas, constitui infração da legislação referente à saúde pública” (BRASIL. Lei 10.778, art.5º, 2003), ou seja, o profissional de saúde que atenda uma mulher (criança, adolescente ou idosa) em situação de violência e não notificou, poderá responder em juízo, pois a notificação deve fazer parte das atribuições da função desempenhada e respaldada por legislação aqui destacada. Como exemplo de sanções, cito o artigo 66 da Lei de Contravenção Penal – LCP, o qual explicita no Inciso II, que deixar de comunicar estes atos às autoridades competentes, poderá ser considerado: “crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária”. (LCP/1941).

Notificar é dar conhecimento às autoridades competentes. Neste caso, em particular, é realizar os registros de violência ocorridos contra as mulheres, que na maioria das vezes são perpetrados por homens agressores em qualquer espaço, mas, sobretudo, no doméstico. Os atos contra as mulheres podem ser suspeitos e/ou confirmados, ou seja, não é necessário esperar ser confirmado para notificar, na realidade independe desta confirmação e/ou negação, para que se registre a ocorrência dessa violência, pois ela é **compulsória**, conforme demonstrado no quadro a seguir, onde estão especificadas as exigências legais e as responsabilidades dos profissionais de saúde acerca desta questão:

Quadro 2 – Responsabilização por omissão da notificação



Fonte: GADELHA, Fabiana⁶² (2011). Sobre o Decreto Lei 7958/2013, art. 4º⁶³

⁶² Técnica da área de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes, Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não transmissíveis. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria

Segundo o dicionário Priberam⁶⁴, compulsória significa decisão ou mandado do tribunal superior para tribunal inferior. Adjetivo: que compele ou obriga. Logo, entendemos que realizar a notificação da violência contra a mulher não é uma ação facultativa que dependa do humor, crenças e/ou valores pessoais das/os profissionais dos equipamentos de saúde, ao contrário, é uma obrigação que deve ser incorporada às práticas cotidianas destas/es profissionais, independente da permissão ou negação da vítima.

Sobre a confusão que muitas pessoas fazem entre notificação e denúncia, Garbin et al (1983) destacam o seguinte:

O profissional de saúde deve lembrar que notificação não é denúncia, no caso de crianças vítimas de violência, a mera suspeita deve ser notificada, não só à vigilância sanitária, como também ao conselho tutelar; o mesmo se aplica aos idosos, nesse caso devendo ser notificados e encaminhados à autoridade policial, Ministério Público ou Conselho do Idoso. **Para mulheres não é necessário notificar a suspeita, sendo compulsória apenas quando o fato for confirmado** (GARBIN, et al. 2014, p. 1883). Grifo meu.

Concordo com o texto acima até o ponto da diferenciação entre notificação e denúncia, por se tratarem realmente de medidas distintas, mas discordo integralmente do entendimento sobre a notificação da violência contra as mulheres, pois, após exaustivas buscas, não encontrei nas legislações pesquisadas, principalmente na Lei 10.778/2003, e nem em qualquer texto sobre o tema, nada que corroborasse o entendimento de que a notificação da violência contra a mulher está condicionada à confirmação do fato. Com relação ao tema notificação, o Estatuto da Criança e Adolescente, no artigo 13, diz o seguinte:

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais (ECA, 1990, art. 13).

De maneira semelhante o Estatuto do idoso, em seu artigo 19, afirma:

de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Apresentação online. Ministério da Saúde. O endereço do site não estava disponível.

⁶³ O Decreto Lei 7958/2013, art. 4º - Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Este Decreto constava do mapa no site encontrado junto com a Lei de notificação, porém, embora estejamos tratando da violência geral contra a mulher, achei por bem não discorrer sobre esse decreto em específico, já que a lei tema é a de notificação e suas portarias, porém indico onde esta pode ser encontrada. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm>. Acesso: 13 jan. 2016.

⁶⁴ - Ver site: DPLP: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/compuls%c3%b3ria>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles... (ESTATUTO DO IDOSO, 2003, art. 19).

Ambos os artigos se baseiam na hipossuficiência geracional. Já para as mulheres, entre 18 e 60 anos, há uma tendência em presumir sua capacidade de discernimento para agir nos casos de estarem vivendo em violência. Porém, entendemos que a condição de fragilidade, inclusive psíquica, a que estão expostas, não as permitem, momentânea ou indefinidamente, tomar atitudes que rompam de maneira parcial ou integral com o ciclo da violência. Entendemos que as mulheres em situação de violência, em alguns casos, podem até narrar, conscientemente, a ocorrência da violência, mas essa ação ainda é uma exceção e não a regra. Fora que muitas são silenciadas por novas ameaças de violência, o que prejudica o discernimento e conseqüentemente a lógica de reação desta vítima. Portanto, o registro da violência contra a mulher nos casos suspeitos ou confirmados, é obrigatório e devem observar o mesmo procedimento adotado nos casos de violência contra crianças e pessoas idosas.

2.3 Mas, por que notificar?

Embora a notificação seja obrigatória, percebemos durante a nossa pesquisa, conforme será exposto, que há uma resistência das/os profissionais da saúde em registrar essas ocorrências. Conclusão parecida, encontramos numa publicação do Ministério da Saúde (2011), intitulada *Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual*:

Apesar do grave impacto da violência à saúde física e mental de mulheres, crianças e adolescentes, ainda há resistência e necessidade de maior preparo das diversas categorias profissionais para abordar situações de violência de gênero e em lidar com as pessoas vitimizadas no âmbito do sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem necessidade de avançar no que se refere à premissa da proteção dos direitos humanos e da cidadania de pessoas que sofreram ou sofrem violências (MS, 2011, p.20-21).

A sistematização dos registros das ocorrências de quem vive em situação de violência, principalmente a doméstica, contribui para o desvelar das dinâmicas destas e, conseqüentemente, para a promoção de respostas a esse fenômeno, pois passam a compor os sistemas de informações que possibilitam o acompanhamento de forma mais ampla das características do mesmo, subsidiando ações de

prevenção e combate. Esses dados fornecem elementos para que as políticas públicas sejam aperfeiçoadas e/ou criadas para evitar, reduzir e erradicar esse tipo de ocorrência. Para além da penalização, não notificar a violência que vivemos ou vivenciamos, só comprova que estamos num estado de privação parcial ou total da nossa sensibilidade em/de reconhecer/perceber e reagir às situações de violência, o que contribui com a manutenção, naturalização e/ou crescimento da mesma.

Durante a pesquisa bibliográfica, encontrei no site do Conselho Regional de Enfermagem⁶⁵ - COREN de Goiás, um texto sucinto, porém bastante elucidativo, sobre a notificação, que corroborou com a realidade observada em algumas respostas dos questionários que foram aplicados durante a pesquisa em campo, onde as/os profissionais se referiam à notificação como uma perda de tempo e acréscimo no trabalho. Acerca disto o COREN-GO destaca o seguinte:

Notificar não é “simplesmente preencher mais um papel, aumentar a burocracia ou dificultar o trabalho com algo sem importância”, como alguns consideram. Entender sua importância é peça-chave para o controle, redução, prevenção e erradicação de muitas doenças e agravos [...] O principal motivo da notificação é fornecer para os órgãos competentes informações de doenças/agravos/eventos, que são transmissíveis, apresentam letalidade ou outro tipo de impacto na saúde (COREN-GO, 2014).

Deixar de notificar contribui com a perpetuação da situação de violência a qual a mulher historicamente está exposta e que se traduz na permanência desumana da condição feminina. A efetivação desta política demonstrará a frequência dos agravos advindos dessa situação de violência a que muitas mulheres vivem cotidianamente, e que é invisibilizada, não só pelas/os profissionais de saúde, mas por toda a sociedade brasileira. A notificação da violência contra a mulher é vista como algo alheio às funções laborais das/os profissionais de saúde e ainda percebida como um problema das relações pessoais/privadas das vítimas, sem, contudo, perceberem que a falta de notificação, ou seja, a omissão, revitimizam as mulheres, o que na prática é caracterizada como violência institucional⁶⁶, caracterizada também pela dificuldade do acesso aos serviços.

⁶⁵ O Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren-GO) é uma autarquia pública federal, autônoma, vinculada ao Poder Executivo. Data 02/10/2014 - Manchete: Notificação eficaz gera novas ferramentas de trabalho na saúde preventiva. Ver site: Disponível em: < http://www.corengo.org.br/notificacao-eficaz-gera-novas-ferramentas-de-trabalho-na-saude-preventiva_3876.html#>. Acesso: 04 dez. 2015.

⁶⁶ Esse tema merece uma dissertação a parte, porém por ora citarei apenas o seu conceito segundo Simone Duran Toledo Martinez: “É aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário, serviços sócioassistenciais, entre outros. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-

Notificar a violência contra a mulher da qual trata a Lei 10.778/2003, não quer dizer que a vítima e/ou as/os profissionais vão denunciar o/os agressor/es aos órgãos de Segurança (policial), e sim, que registrarão o fato ocorrido para que seja comunicado às autoridades competentes de saúde tais como: Secretaria Municipal de Saúde - SMS, Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias de Vigilância de Saúde - SVS/MS – já que as diferenças entre notificar e denunciar residem nos objetivos que se materializam em ação/fim. É isto que se pode depreender da Nota Técnica de 2014 do MPBA, que diz:

A Notificação Compulsória não é denúncia policial. O fim precípua é criar um banco de dados que possam subsidiar ações de prevenção e combate a violência, fornecer elementos para que políticas públicas sejam aperfeiçoadas e/ou criadas para evitar e erradicar esse problema (MPBA, 2014, p. 05).

Como pode ser visualizado nos quadros abaixo:

Quadro 3 – Diferença entre notificação e denúncia

<p>Notificação Compulsória de Violência</p>	<p>Instrumento público de diagnóstico. Não tem caráter punitivo - definitivo de julgamento. Não está vinculado a juízo de valor. Omissão: responsabilidade penal e civil do agente que deveria notificar (independe de laudo do IML – confirmação).</p>	<p>Perfil Epidemiológico Da violência</p>
<p>Boletim de ocorrência (queixa) Denúncia</p>	<p>Boletim de ocorrência (queixa): Documento que registra suposto fato criminoso para conhecimento da polícia, que deverá instaurar inquérito policial para investigação. Denúncia: nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público.</p>	<p>Responsabilização do/a agressor/a</p>

Fonte: elaborado pela autora da monografia

Reiteramos que, diferentemente da notificação, a denúncia refere-se ao registro da ocorrência na delegacia de polícia, pois esta, sim, gera investigação. Neste contexto, precisamos deixar evidente essa diferença, até porque ouvimos muitas/os profissionais durante a pesquisa confundir as duas ações e os objetivos das mesmas, embora uma ação não inviabilize a outra.

Conforme já bastante pormenorizado, as demandas das mulheres, no que diz respeito ao enfrentamento da violência doméstica no Brasil, têm como marco jurídico a Lei 11340/2006, conhecida, como Lei Maria da Penha. Esta, embora tenha sido

lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos”. (MARTINEZ. 2008, p.3). Disponível em: < http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16>. Acesso: 07 jan. 2016.

assinada em tempo posterior a Lei de Notificação Compulsória, segundo pesquisa⁶⁷ realizada pelo Instituto Data Popular⁶⁸ e Instituto Patrícia Galvão⁶⁹, é mais conhecida que a Lei da Notificação, pois, conforme será visto em momento oportuno, apenas 2% dos das/dos entrevistadas/os disseram desconhecer a Lei Maria da Penha, ao passo que uma quantidade bem significativa informa desconhecer a Lei da notificação. Embora saibamos que, na prática, a existência de uma lei não seja garantia de sua efetividade, precisamos das mesmas para legitimar as reivindicações aos direitos já adquiridos, principalmente em tempos de avanços do conservadorismo e de retrocessos em direitos conquistados.

As dificuldades perpassam por todo nosso caminhar, afinal os problemas que enfrentamos vem de longe e são resultado da estrutura sexista e machista da sociedade que vivemos. Combatê-la é uma luta árdua e contínua, pois sabemos que a violência apresenta um forte elemento cultural, dificilmente superável por legislações, como reforça a socióloga Wânia Pasinato (2010):

É imperativo, estar ciente de que reformas legais desse matiz podem se tornar inoperantes se não forem envidados esforços para modificar as práticas de quem responde pela aplicação da lei e pelo atendimento de mulheres em situação de violência, (...) é muito mais fácil criar e mudar leis do que alterar práticas institucionais e valores morais com relação à violência contra as mulheres (PASINATO, 2010, p.21).

Compreendo que o problema também é estrutural e, por isso mesmo, penso que o setor de saúde pode, com a notificação, contribuir com o rompimento dos ciclos de violência, principalmente a doméstica que historicamente fragiliza a mulher, pois é uma violação que a acompanha em muitos casos, por toda sua vida. Destarte, ao atender uma mulher vítima de violência definida pela Lei em questão, sabemos que o profissional de saúde, naquele momento, pensa em, a priori, amenizar as dores dessa mulher, mas, também é preciso combater as causas desse problema, embora razoável a reflexão de Minayo que segue:

É preciso que neste contexto fique clara a idéia de que o setor saúde quando assume a violência como um dos mais importantes agravos à saúde da população mundial o faz num tom diferente da lógica com que trabalham

⁶⁷ Percepção da Sociedade Sobre Violência e Assassinatos de Mulheres. Fl. 50 - (p.4). Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf >. Acesso: 03 dez. 2015.

⁶⁸ Instituto de Pesquisa de Mercado e Opinião e de Consultoria que realiza estudos com as mais diversas metodologias. Disponível em: <http://www.datapopular.com.br/solucoes-2/>. Acesso: 03 dez. 2015.

⁶⁹ Fundado em 2001, o Instituto Patrícia Galvão é uma organização social sem fins lucrativos que atua nos campos do direito à comunicação e dos direitos das mulheres brasileiras. Disponível em: < <http://agenciapatriciagalvao.org.br/quem-somos/>>. Acesso: 03 dez. 2015.

os cientistas políticos e as forças de segurança pública. A saúde pública está preocupada com as vítimas e não com a repressão, não no sentido de inocentar ninguém, mas de atuar na promoção da vida e da qualidade de vida. (MINAYO, 2006, p. 50)

Mesmo compreendendo a perspectiva citada pela autora, me permito fazer as seguintes indagações: por acaso a lógica dos cientistas políticos não é estudar e entender os fenômenos, interpretando os problemas e não simplesmente combatendo as consequências? No tratamento de doenças, ao perceber a febre se deve investigar as causas ou só combater os efeitos? O que queremos não são ações em rede, que possam tratar integralmente as vítimas? Será que, o que falta ao setor de saúde, não é uma aproximação maior com as origens dos problemas? Acredito que o entendimento do Ministério da Saúde caminha neste sentido, senão vejamos:

Ao tratar a violência como um problema de saúde, o setor cria uma nova pauta interna de questões que são, ao mesmo tempo, ricas, necessárias e inquietantes. Pois passa a reconhecer que esse fenômeno não é uma doença do agressor (havendo casos psicopatológicos que assim devem ser considerados, embora sejam raros), nem uma doença da vítima (podendo, por outro lado provocar ou se associar à eclosão de enfermidades), mas, um sério problema social que causa agravos à saúde. Essas distinções exigem uma abordagem diferenciada que inclui **conhecimentos já consolidados em outras áreas, sobretudo, no campo social** (MS, 2002, p. 09). Grifo meu.

A Notificação compulsória pode ser um caminho de aproximação e diálogo entre as/os profissionais de saúde, cientistas políticas/os e as forças de segurança, pois não existe saúde quando vivemos em situação de violência. E esta (a violência), em qualquer que seja sua forma é um ato lamentável e que tem vitimado comprovadamente muitas pessoas e todas/os nós estamos expostas/os. Porém, o tipo de violência que vem historicamente acometendo pessoas do sexo feminino pelo simples fato de serem **mulheres**, é principalmente a doméstica, assim como conceitua a jurista Flávia Piovesan (2002),

[...]a violência contra a mulher é qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionado pelo simples fato de a vítima ser mulher, e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como privados (PIOVESAN, 2002, p. 214).

Em pleno século XXI, o pensamento que ainda parece compor o imaginário coletivo de boa parte da sociedade, inclusive sobre a construção da ideia do que é ser mulher, está intrinsecamente ligado às normas sociais que pretendem que um corpo, ao ser identificado como macho ou fêmea, depois de atribuído um gênero

(masculino ou feminino) siga a padronização dessa conduta, ou seja, siga o receituário entranhado em nossa cultura, que tem o poder de determinar o comportamento, os papéis e os espaços destinados a homens e mulheres, de maneira distinta e desigual.

Precisamos erradicar esse fenômeno e, para tanto, notificar é um bom começo. Precisamos estimular novas atitudes e práticas cotidianas de pensar e agir, que considerem e priorize as especificidades de cada mulher, utilizando a Notificação Compulsória como estratégia de prevenção e combate à violência, principalmente a doméstica, pois esta, mesmo quando os casos não são fatais, deixam lesões, traumas e sequelas, físicas, sexuais e emocionais para toda a vida das mulheres. Sequelas estas, que fazem da violência contra a mulher um severo agravo a saúde e, por conseguinte, compor a Lista de Notificação Compulsória Nacional – LNCN, pelos critérios de: magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, etc.⁷⁰

Esta LNCN tem sua composição revisada periodicamente, com itens inclusos, excluídos, mantidas e/ou alteradas, ações está facultada à esfera Federal (MS), cabendo aos estados e municípios a inclusão de outros problemas de saúde regionalmente importantes, porém vedado a essas duas esferas (municipal e estadual) excluir e/ou incluir doenças na relação nacional (MS, 2007).

A violência doméstica, sexual e/ou outras violências elencadas na Lista Nacional de Notificação Compulsória, não é especificamente contra as mulheres, também contemplam criança, adolescente e idosos/os, tendo a notificação da violência contra as mulheres, sido incorporadas a Lista de Agravos de Notificação Compulsória, através da Portaria n.º 104/2011 (MS, 2011), que universalizou esta

⁷⁰ “Relação de doenças que periodicamente são publicadas pelo Ministério da Saúde e que constam as doenças, agravos e eventos de Saúde que tem sua notificação compulsória e obrigatória em todo território Nacional. Como exemplo: **Magnitude** – “aplicável a doenças de elevada freqüência, que afetam grandes contingentes populacionais e se traduzem por altas taxas de incidência, prevalência, mortalidade e anos potenciais de vida perdidos”. **Potencial de disseminação** – “representado pelo elevado poder de transmissão da doença, por meio de vetores ou outras fontes de infecção, colocando sob risco a saúde coletiva” **Transcendência** – expressa-se por características subsidiárias que conferem relevância especial à doença ou agravo destacando-se: severidade, medida por taxas de letalidade, de hospitalização e de seqüelas; relevância social, avaliada, subjetivamente, pelo valor imputado pela sociedade à ocorrência da doença e que se manifesta pela sensação de medo, repulsa ou indignação; e relevância econômica, avaliada por prejuízos decorrentes de restrições comerciais, redução da força de trabalho, absenteísmo escolar e laboral, custos assistenciais e previdenciários” etc. **Vulnerabilidade** - “medida pela disponibilidade concreta de instrumentos específicos de prevenção e controle da doença, propiciando a atuação efetiva dos serviços de saúde sobre os indivíduos e coletividades”, maiores informações sobre os critérios e conceitos”. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso: 02 dez. 2015.

ação, tornando-as de notificação por toda a rede de saúde, e não apenas por unidades Sentinelas, como anteriormente era realizada. Em 2014, essa portaria foi revogada pela Portaria nº 1.271/2014⁷¹ (MS, 2014), tornando de notificação imediata a violência sexual e as tentativas de suicídio⁷², para intervenção. Notificar qualquer um dos itens da Lista é obrigação das/os profissionais de saúde, sendo que, a ausência dessa notificação poderá gerar como, já foi dito, penalidades.

2.4 Notificação: fluxos e sistemas

No Brasil, a lista de notificação foi instituída em 1961, através do Decreto 49.974 sob o título de "Normas Gerais Sobre Defesa e Proteção da Saúde", de acordo com Maria da Glória Teixeira (1998). Segundo esta autora "foi com os resultados da erradicação da varíola⁷³ que se iniciou a notificação de forma sistemática de algumas doenças transmissíveis aqui no país" (TEIXEIRA, et al. 1998, p.10).

Como citamos anteriormente, a Lista de Notificação Compulsória é composta de doenças, agravos e eventos que fazem parte do elenco Nacional de Notificação, sendo que o instrumento de coleta desses dados, no caso das mulheres, foi instituído pela Portaria 2406/2004, artigo 3º, incisos: I, II e III, como já ventilado acima, e é denominada "Ficha de Notificação/Investigação Individual", que traz um modelo padrão para notificação da: (a) Violência: doméstica e/ou outras violências, (b) Violência: sexual e tentativa de suicídio é a mesma ficha independentemente de: sexo, idade/geração, raça/cor/etnia, classe, religião, orientação sexual da vítima, porém, são compulsórias em situações de violência contra criança, adolescente, mulher e

⁷¹PORTARIA Nº 1.271, de 6 de junho de 2014 - Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso: 06 dez. 2015.

⁷² Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006: Institui as diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio, apontando para a necessidade da notificação dos casos de tentativas de suicídio e da vinculação destes pacientes aos serviços de saúde como forma de prevenção e intervenção em saúde. Disponível em:<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-ms-1876-2006>. Acesso: 16 dez. 2015.

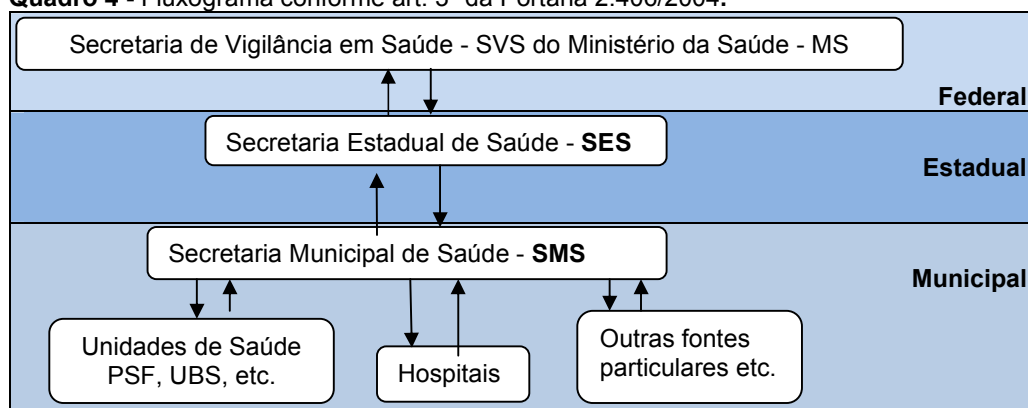
⁷³ "A varíola é uma doença viral, exclusiva de humanos. Encontra-se erradicada no mundo, tendo o último caso sido registrado em 26 de outubro de 1977, na Somália. Contudo, apresenta-se como uma potencial ameaça contra todos os países, principalmente pela possibilidade de uso em atos terroristas" Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_II.pdf. Acesso: 05jan. 2016.

pessoa idosa. Existem outros formulários para cada tipo de item notificável, a exemplo da ficha de notificação de Rotavírus, Meningite, Leptospirose, etc.

Durante a pesquisa bibliográfica, encontrei diferentes fluxos para a efetivação da notificação, por esta razão, apresento abaixo o fluxograma montado a partir da descrição encontrada no art. 3º da Portaria 2.406/2004 e incisos, conforme segue:

I - o preenchimento ocorrerá na unidade de saúde onde foi atendida a vítima; II - a Ficha de Notificação é remetida ao Serviço de Vigilância Epidemiológica ou serviço correlato da respectiva Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos em aplicativo próprio; e III - as informações consolidadas serão encaminhadas à Secretaria de Estado de Saúde e, posteriormente, à Secretaria de Vigilância em Saúde/MS (PORTARIA 2.406/2004. Art. 3º. Inciso: I, II e III).

Quadro 4 - Fluxograma conforme art. 3º da Portaria 2.406/2004.



Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa monográfica.

Preencher o formulário de notificação é o primeiro passo para o início do fluxo de atendimento. Os órgãos que são portas-de-entradas das vítimas devem encaminhar essas fichas devidamente preenchidas para as autoridades competentes, que tem obrigação de fazer os encaminhamentos, conforme podemos verificar no fluxograma acima. Depois de preenchido os formulários, os registros, seguem para a Secretaria Municipal de Saúde, onde os dados serão inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (on-line). Esses dados serão enviados e disponibilizados para a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. As informações com os vetores circulantes são grifos meus.

Embora tenhamos encontrado diversos modelos de fluxogramas com a instância federal na parte inferior do mesmo, acreditamos que, enquanto geradora de dados, a instância municipal é à base da notificação, pois são nestas que os registros se materializam ou não. Outra questão que vale a pena pontuar, é que nos modelos de fluxogramas encontrados, o *vetor informação* apontava somente em

uma direção, mas a nossa opção foi colocar as setas subindo e descendo, a fim de dar uma ideia de movimento de trocas de informações, num processo rotativo, pois cremos que estas geram maior aproximação entre as/os técnicas/os desses setores e destas instâncias (Federal, estadual e municipal). Assim sendo, ganham as Políticas públicas mais afinadas com as realidades locais e conseqüentemente as mulheres em situação de violência.

Conforme já enfatizado, a violência contra a mulher faz parte da LNCN e, durante nossa pesquisa, tivemos ciência que no caso das unidades não terem tido nenhum registro, estas deverão efetuar a notificação negativa, dado que consta de uma das opções do formulário denominado: tipo de notificação, com as opções: **1** - Negativa, **2** - Individual, **3** - Surto, **4** - Agregado. Porém, não encontrei estas opções na ficha que registram a violência contra a mulher. De toda sorte, considerei importante apresentar um modelo da ficha de notificação de agravo, conforme imagem a seguir.

Imagem 1 – Ficha de notificação de agravo

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Nº

1 Tipo de Notificação
1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto

2 Agravo/doença

3 Data da Notificação

4 UF **5** Município de Notificação

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)

7 Código (IBGE)

8 Nome do Paciente

9 Data dos Primeiros Sintomas

10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano

11 Sexo M - Masculino F - Feminino Ignorado

12 Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Não se aplica

13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado

14 Escolaridade 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica

15 Número do Cartão SUS

16 Nome da mãe

17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito

18 Local Inicial de Ocorrência do Surto

19 Nº de Casos Suspeitos/Expostos

20 UF **21** Município de Residência

22 Local Inicial de Ocorrência do Surto

23 Bairro

24 Logradouro (rus, avenida,...)

25 Número

26 Complemento (apto., casa,...)

27 Código (IBGE)

28 Distrito

29 Geo campo 1

30 Geo campo 2

31 Ponto de Referência

32 Código

33 Geo campo 3

Sobre a notificação negativa, encontramos a seguinte orientação elaborada pelo Ministério da Saúde.

O acompanhamento sistemático da ocorrência ou não de casos é fundamental para avaliação da situação epidemiológica das doenças incluídas no Sistema, primordialmente daquelas constantes na lista nacional de doenças compulsórias. Neste sentido, faz-se necessário que todas as unidades notificantes, caso não ocorra nenhuma doença a ser notificada, encaminhem a notificação negativa seguindo o mesmo fluxo das fichas de notificação individual de casos. Deve ser realizado por todas as unidades notificantes dos municípios. (BRASIL/MS. 2007, p.41).

Acredito que esse procedimento deve ser comum a todos os itens da Lista de Notificação Compulsória Nacional - LNCN, da qual a violência contra as mulheres faz parte. Até porque não teria justificativa plausível para a sua exclusão desta ação, já que o referido documento diz que essa negativa é “uma estratégia criada para demonstrar que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evitar a subnotificação” (MS, 2007). Diante da realidade observada da notificação no Distrito Sanitário do Subúrbio, fica evidente que nem a notificação negativa da violência tem sido realizada.

Para a Vigilância Epidemiológica - VE⁷⁴ as violências e acidentes fazem parte do grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - DANT's, acrescentando-se a isso, a elevação nonúmero das morbidades e mortalidades⁷⁵ por causas externas, ou seja, traumas e acidentes juntamente com as violências. Os dados dos DANT's contribuem com a implementação das políticas públicas que visam à prevenção, o controle das doenças, agravos e a promoção da Saúde através dos dados inseridos nos Sistemas de Informação na Web.

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN foi idealizado, originalmente, para armazenar as informações sobre as doenças de notificação compulsória, sendo que a violência contra a mulher foi declarada compulsória a partir de 2003, através da Lei em estudo. Porém, foi em 2006 que a violência teve seus dados sistematizados através da Vigilância de Violências e Acidentes - Sistema VIVA e este incorporado ao SINAN em 2009, tendo como base as informações das fichas individuais de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

No Brasil, os dados da violência são declarados através do SINAN e de dois outros Sistemas como segue: Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, analisados através das declarações de óbitos, e o Sistema de Informação Hospitalar – SIH através das internações hospitalares. Esses dois últimos evidenciam os casos mais graves, ou seja, os casos que resultaram em óbito ou internação, porém,

⁷⁴ Vigilância Epidemiológica é: “observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos”. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/guia_vig_epi_vol_1.pdf. Acesso: 20 nov. 2015.

⁷⁵ **Morbidade** – Variável característica das comunidades de seres vivos refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta. **Mortalidade** - Variável característica das comunidades de seres vivos refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Disponível em: <http://www.inf.furb.br/sias/saude/Textos/Conceitos.htm>. Acesso: 17 dez. 2015.

excluem os menos graves que refletem no atendimento de urgência e emergência⁷⁶ dos hospitais e serviços especializados, tornando-os invisíveis, assim como os fatores que os determinam.

Com vistas em melhorar e aperfeiçoar o sistema de informação de morbidade e mortalidade por causas externas, em 2006, como já foi pontuado, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - CGDANT, implantou a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes – Rede de Vigilância de Violências e Acidentes - VIVA⁷⁷, que surgiu com o objetivo de reduzir os impactos da violência e acidentes, e complementando os dois Sistemas de Informação acima citados.

Visando trazer dados qualitativos a esta discussão, destacamos que a Rede de Mulheres, através de ofício, solicitou à Área Técnica de Saúde da Mulher do Estado da Bahia, em abril/ 2015, informações acerca desta notificação compulsória. A resposta foi enviada no mesmo mês e ano, tendo como subscrevente a Senhora Ciomara Martins Lima Rocha, que informou o seguinte:

O processo de implantação da vigilância das causas externas ocorreu a partir do ano de 2006. Nesse ano foi realizado um seminário para sensibilização dos técnicos para a importância da notificação dos casos de violência, para intervenção.

A partir do ano de 2007 foram realizadas diversas capacitações em todo o estado priorizando os municípios com mais de 50 mil habitantes e os que manifestaram interesse em realizar a notificação, com menos de 50 mil. Dessa forma, diversos eventos foram realizados por macro região de saúde, bem como, diversas capacitações de técnicos ao longo do período, incluindo Salvador e região metropolitana (ROCHA, 2015: Técnica da Divep /Vigilância das Causas Externas)⁷⁸.

Na mesma correspondência, encontramos o quadro que segue com o quantitativo das notificações realizadas no estado da Bahia no período de 2009 a 2014. Ademais, foi informado que na ocasião, 29 de abril de 2015, “estavam registrados no sistema SINAN 38.087 casos de violência por 327 municípios do estado, o que equivale a dizer que 78,4% dos municípios do estado já realizam a notificação dos agravos” (2015).

⁷⁶ “Define-se por **urgência** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por **emergência** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato”. Disponível em: <http://www.hnsc.org.br/perguntas-frequentes/90> >. Acesso: 18 dez. 2015.

⁷⁷ Maiores informações: Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf. Acesso: 18 dez. 2015.

⁷⁸ Resposta enviada para o e-mail do projeto Na Mira (namira2014@gmail.com)

Quadro 5 – Quantitativo de Notificações do Estado da Bahia de 2009 a 2014

Ano	Nº Notificações	Nº Municípios	Nº Unidades Notificantes
2009	2.323	46	125
2010	3.949	77	270
2011	4.829	116	368
2012	5.848	176	460
2013	8.317	219	568
2014	10.735	238	637
TOTAL	36.005	872	

Fonte: Divep/Codant/Área Técnica Vigilância das Causas Externas à Área Técnica de Saúde da Mulher

Segundo quadro acima, dos 417 municípios de nosso estado, apenas noventa (21,6%) não notificaram. Mas, serão que esses 327 municípios podem ser considerados unidades notificadoras? Ou são como as demais subnotificadoras? Até porque, se pensarmos em notificação como desarticulação de violência, esta ação necessita da rapidez e veracidade dos fatos, pois quem está vivendo em situação de violência é igual a quem tem fome, ou seja, tem pressa.

Temos quinze DEAMs na Bahia, duas destas em Salvador. Além de termos a oferta menor que a demanda, temos os critérios e/ou Normas Técnicas para implantação desses equipamentos, ou seja, muitas cidades do interior não contam com essas estruturas e equipes, o que levam as mulheres em situação de violência a viajarem para outros municípios a procura de registrarem o ocorrido, isso quando conseguem terem coragem, pois mesmo nas cidades onde existem delegacia especializada, as mulheres correm o risco de serem (re)vitimizadas.

Diante do exposto, cabe perguntar: qual é o Serviço que tem por premissa atender toda a população sem distinção e que dispõem de uma rede de equipamentos de saúde, bem superior a quantidade das quinze (15) delegacias especializadas de atendimento as mulheres existentes? Quem socorre, inicialmente, mulheres, crianças, adolescentes e idosas/os em suas dores e em suas queixas crônicas, principalmente nas pequenas cidades e zona rural? A resposta é inevitável: a Rede de Saúde Pública. Contudo, não se pretende aqui defender que o setor de Saúde assuma, sozinho, o enfrentamento/combate a violência contra a mulher, porém, não podemos negar a importância estratégica deste setor no

atendimento/acolhimento às vítimas e na coleta dos dados, cuja sistematização, contribuirá para o fortalecimento desta política pública de enfrentamento/combate a violência contra as mulheres. Precisamos que esta Rede assumam a Notificação Compulsória da Violência Contra as Mulheres para além da obrigatoriedade da lei e sim, na perspectiva de estar subsidiando ações assertivas para a erradicação desse câncer social que abrevia de forma torpe e cruel a vida de nossas iguais.

3 O RESULTADO DA BLITZ: afinal, notificam ou não?

Neste capítulo apresentamos os resultados da pesquisa realizada no âmbito do Subúrbio, bem como as discussões pertinentes, tudo à luz da já referida legislação e da perspectiva de gênero adotada como escolha epistêmica.

3.1 Equipamentos visitados: natureza, estrutura e funcionamento

Conforme já informado, a pesquisa ocorreu em 17 equipamentos de saúde localizados no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador. As unidades referidas contam com uma padronização na estrutura, isto é, o padrão organizacional da área de saúde, conforme as imagens ao final deste item.

Algumas unidades, na época de nossa visita, estavam finalizando ou iniciando reforma, a exemplo da unidade de Rio Sena, que estava funcionando provisoriamente jucompnto com a unidade de Ilha Amarela, fazendo com que ambas as equipes dividissem o mesmo espaço físico, só voltando a funcionar separadamente em dezembro 2015.

Na contramão da estrutura regular, percebemos que nas unidades faltavam recursos humanos, pois varias equipes de trabalho estavam incompletas. As unidades em questão malmente comportam a demanda por serviços, mesmo com a quantidade de/a usuárias/os sendo irregular, isto é, em alguns momentos alta e noutros baixa. A manutenção dos equipamentos, a exemplo de autoclaves, cadeiras odontológicas, pias, etc, são precária em algumas unidades. De todo modo, vale registrar que encontramos rampas de acesso para cadeirantes.

O horário de funcionamento, pelo que observamos, tem início às oito da manhã e se encerra, normalmente, às dezesseis horas e trinta minutos da tarde, mas, não temos como comprovar categoricamente se este é o horário de todas as unidades, pois o posto no qual prolongamos nossa visita, que foi o de Cocisa, no bairro de Paripe, as dezesseis e dez, encerramos.

Ao longo da pesquisa, ouvimos algumas reclamações relacionadas aos seguintes aspectos: falta de medicamentos - “já fui em três postos e não encontro o remédio” (usuária acompanhada de duas crianças pequenas); mau atendimento - “a moça da recepção não gosta de informar” (uma mulher, negra, jovem e grávida); excesso de usuárias/os e/ou sobre à abrangência de atendimento do Distrito: “quero

ser atendida no posto que eu chegar, sei lá qual é meu posto, esse negócio é só pra fazer a gente de besta”. Percebemos ainda que a falta de segurança para servidoras/es e pacientes também era uma constante em todas as unidades.

Imagem 2 - Cocisa (Claudia e Simone)



Imagem 3 - São Tomé (Ladailza)



Imagem 4 - A. Coutos (Marta e Raimunda)



Imagem 5 A. Coutos (Edna, Marta e Rai)



3.2 Perfil sócio-profissional das/os respondentes

Nos dezessete equipamentos visitados, com exceção das/os agentes comunitários de saúde - ACS, todas/os as/os demais profissionais não são residentes das comunidades do Subúrbio. Com relação aos vínculos empregatícios,

obtivemos informações de que: 35% são concursadas/os⁷⁹, 20% tem vínculo em Regime Especial de Direito Administrativo - REDA⁸⁰, 12% são comissionadas/os⁸¹, 8% são do Mais Médicos⁸², advindos do Termo de Ajuste de Conduta - TAC⁸³ e 2% pertencem Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB⁸⁴. Cabe pontuar que as/os gestoras/es normalmente ocupam cargos comissionados (chamados de confiança), com a maioria tendo carga horária de quarenta horas semanais.

Encontramos na unidade de Vista Alegre a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF⁸⁵, que é um núcleo de atendimento de multiprofissionais onde atuam psicólogos/as, assistentes sociais, entre outras/os, contribuindo com um atendimento mais personalizado para as/os usuárias/os dos serviços e algumas/uns responderam aos questionários, porém só tivemos a informação da presença desta equipe na unidade citada.

Da pesquisa propriamente dita, foram distribuídos cinquenta e um (51) questionários, sendo devolvida a mesma quantidade, pois aguardávamos até as/os

⁷⁹ São os servidores que prestaram concurso público e se tornam estáveis (seguros) a partir de 3 anos de trabalho (Ganham a chamada Estabilidade).

⁸⁰ É uma espécie de seleção simplificada com data para finalização (prazo de 2 anos, prorrogáveis por igual período). Mesmo sendo um regime de seleção normalmente ocorre com indicação política. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/busca?q=REGIME+ESPECIAL+DE+DIREITO+ADMINISTRATIVO>. Acesso: 31 dez. 2015.

⁸¹ São cargos de indicação mais clara de autoridades. Enquanto no REDA os candidatos precisam teoricamente ser selecionados, no cargo de comissão não. A Autoridade indica e exonera ao seu bel prazer. Normalmente há uma publicação em Diário Oficial ou via Ofício.

⁸² É um programa federal que visa levar médicos a regiões remotas do nosso país. O programa tenta abastecer com qualidade as unidades de saúde e os hospitais de todo o Brasil. Disponível em: <https://maismedicos.saude.gov.br/> Acesso: 31 dez. 2015.

⁸³ É uma ferramenta (documento) utilizada normalmente pelo Ministério Público para ajustar as condutas que se mostram contrárias a lei. No nosso caso aqui de Salvador (Só como esclarecimento e entendimento) A prefeitura teve que assinar o TAC pois tinha em seus quadros diversos profissionais (principalmente na área da saúde) que não tinham nenhum tipo de vínculo. Logo o MP fez com que fosse assinado um documento afirmando que a Prefeitura iria cuidar desses profissionais até que novo concurso fosse feito e pagasse a devida rescisão.

⁸⁴ O Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) prevê a atuação de profissionais da saúde em diversos postos pelo país. Esses profissionais, supervisionados por uma instituição de ensino, realizam o curso de especialização em Saúde da Família provida pela Rede UNA-SUS. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/provab2015>. Acesso: 31 dez. 2015.

⁸⁵ É uma equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes. Mais informações. Disponível em: Acesso: 31 dez. 2015.

profissionais devolverem, com exceção das duas unidades já citadas. Para uma idéia características das/dos respondentes, elaboramos o quadro abaixo:

Quadro 6 - Perfil das/os participantes

Posto	Part.	Função	Cor/auto	Religião	Est. Civil	Idade	Grau
A	1	Enfermeira	Branca	Católica	Casada	41	3°
	2	Médico	Pardo	n/resp.	Solteiro	28	3°
	3	Gerente	Negro	Candomblé	Solteiro	37	3
B	1	Enfermeiro	Branco	Católico	Solteiro	29	3°
	2	Médico	Branco	Agnóstico	Casado	29	3
	3	Gerente	Negra	Católica	Solteira	36	3°
C	1	Enfermeira	Parda	Católica	Casada	34	Pós
	2	Médico	Negro	Kardecista	Divorciado	74	3°
	3	Gerente	Branca	Católica	Solteira	33	3°
D	1	Enfermeira	Parda	Evangélica	Solteira	37	3°
	2	Médica	Branca	Católica	Divorciada	42	3°
	3	Gerente	Parda	Católica	Casada	33	3°
E	1	Enfermeira	Parda	Católica	Solteira	32	3°
	2	Psicóloga	Parda	Católica	Solteira	27	3°
	3	Téc. Enferma	Parda	Não Resp	Solteira	27	2°
F	1	Enfermeira	Parda	Espírita	Solteira	38	3°
	2	A. Social	Parda	Espírita	Casada	38	3°
	3	Ass. Adm	Pardo	Adventista	Solteiro	35	Sup.Inc
G	1	Enfermeiro	Pardo	Católico	Solteiro	27	Pós
	2	Médica	Parda	Católica	Viúva	55	3°
	3	Gerente	Não resp	Católica	Casada	33	3°
H	1	Enfermeira	Parda	Católica	Solteira	31	3°
	2	A. Adm	Parda	Espírita	Solteiro	28	Sup.Inc
	3	A. Social	Branca	Católica	Solteira	37	3°
I	1	Enfermeira	Não Resp	Não Resp	Solteira	27	3°
	2	A. Adm	Preta	Católica	Divorciada	57	2°
	3	Tec. Enfer	Parda	Católica	Solteira	65	2°
J	1	Enfermeira	Branca	Católica	Casada	34	Pós
	2	Médica	Parda	Católica	Solteira	28	3°
	3	Gerente	Negra	Católica	Solteira	37	3°
L	1	Enfermeira	Negra	Católica	Solteira	39	3°
	2	Ass. Adm	Pardo	Católico	Solteiro	36	2°
	3	Gerente	Parda	Evangélica	Solteira	25	3°
M	1	Enfermeira	Não resp	Católica	Solteira	50	3°
	2	A.Social	Parda	Espírita	Casada	50	3°
	3	Ass. Adm	Parda	Evangélico	Divorcia	49	2°
N	1	Enfermeira	Parda	Católica	Solteira	37	3°
	2	Médica	Pardo	Evangélica	Solteira	25	3°
	3	Gerente	Negro	Não resp	Solteiro	32	3°

O	1	Enfermeiro	Branco	Espírita	Casado	38	Pós
	2	Ass. Bucal	Negra	Católica	Solteira	32	3°
	3	Téc. Enferm	Parda	Evangélica	Casada	60	2°
P	1	Enfermeira	Parda	Católica	Solteira	26	3°
	2	Médica	Branca	Católica	Solteira	33	3°
	3	Gerente	Pardo	Espírita	Solteiro	33	3°
Q	1	Enfermeira	Parda	Católica	Solteira	40	Pós
	2	Médico	Pardo	Católico	Casado	43	3°
	3	Gerente	Negro	Não resp	Casado	46	3°
R	1	Enfermeiro	Pardo	Protestante	Solteiro	27	3°
	2	Médico	Pardo	Agnóstico	Solteiro	29	3°
	3	Tec. Enferm	Negra	Evangélica	Casada	58	2°
Observações: Enfermeira/o – 17, Médica/o – 10, A/O Gerente – 10, Substitutas/os = 14							

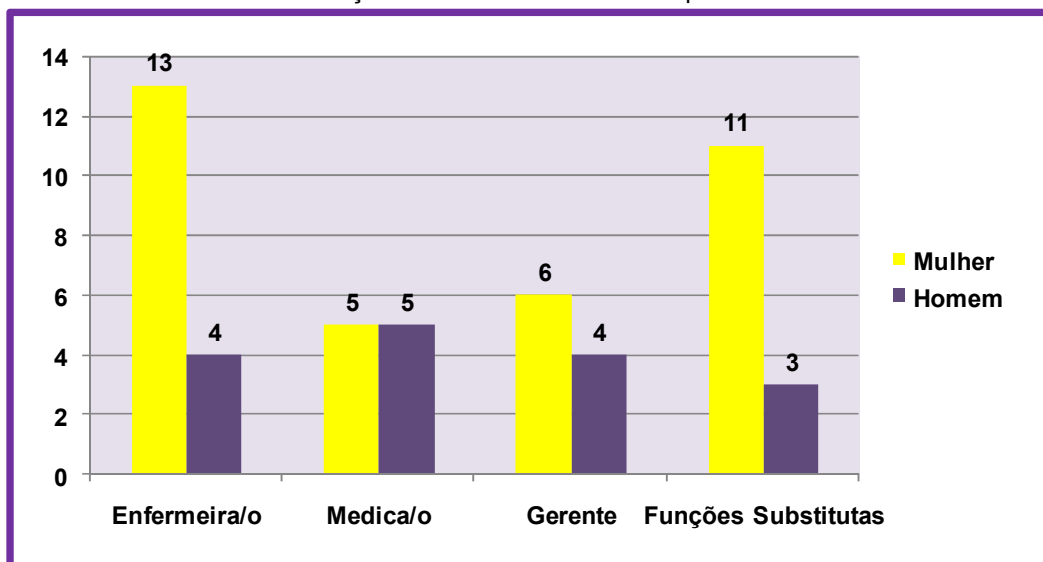
Fonte: Elaborado pela autora da monográfica

As letras do lado esquerdo do quadro correspondem a um posto ou Unidade de Saúde, onde aplicamos o questionário. Entre as/os respondentes houve predomínio de mulheres, foram 35, correspondendo a 66,6%, já os homens, 16, representando 33,4%. Com a expressiva porcentagem de mulheres, percebemos a manutenção recorrente do estereótipo construído sobre a mulher como cuidadora, o que propiciaria melhor adaptação em profissões associadas ao cuidado e assistência, inclusive como continuação dos afazeres domésticos, assim como nos traz Lopes e Leal (2005),

A partir dessas reflexões, retoma-se a idéia do “natural” para explicar a longa e inquestionável dicotomia trabalho-de-homem/trabalho-de-mulher, esferas produtivas e reprodutivas se interpenetram se entrecruzam, na definição da situação (tempo, espaço, qualidades) do trabalho feminino e os cuidados de saúde constituem um bom exemplo para esse exercício (LOPES; LEAL, 2005, p.111-112).

Do exposto acima, pode-se constatar que a divisão sexual do trabalho ainda é uma estratégia que reforça os papéis sociais de homens e mulheres em nossa sociedade. Mesmo que as mudanças nessa matriz tenha se intensificado ao longo dos anos pela luta das mulheres, que vem avançado em profissões de status na sociedade, a exemplo do curso de medicina que, conforme podemos observar no gráfico abaixo há uma equivalência quantitativa entre homens e mulheres nesta função. Já na enfermagem a taxa de mulheres, ainda hoje, é predominante.

Gráfico1 – Função e Quantitativo das/os Respondentes



Fonte: Pesquisa monografica

No que se refere ao padrão etário, o maior quantitativo de respondentes estava na faixa dos 30 aos 39 anos - somando 48%, seguido por 29% na faixa de 18 a 29 anos. Apresento algumas percepções construídas durante os momentos em que aguardávamos a devolução dos questionários nas unidades de saúde com relação a este ultimo grupo, a maioria são médicas/os recém-formadas/os que vão trabalhar nessas localidades como um meio de adquirir experiências e ao mesmo tempo se prepararem para a seleção da especialização médica, também conhecida como residência médica⁸⁶, ou seja, ficam em período de transição no aguardo de serem selecionados. Neste caso, os postos do Subúrbio e periferias são meios e não fins, motivos que contribuem com a rotatividade desses profissionais.

No que tange à cor autodeclarada, 19,60% se declararam negras/os, 17,64% se declararam brancas/os, ao passo que 56,86%, se autodeclararam pardas/os, com 0,58%, que não responderam. Utilizando o critério do IBGE para autodeferimento com relação à raça/cor, temos o maior quantitativo de negras/os + pardas/os, com a soma totalizando 76,46%. Entre as/os gestoras/es 50% se afirmaram negras/os, já entre as/os enfermeira/os e médicas/os a maioria informou serem pardas/os, mesmo que alguns pudessem, como é comum, ter se autodeclarada/o branca/o, o que em

⁸⁶Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977, a residência médica é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Maiores informações em: Ministério da Educação – Residência Médica. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>. Acesso: 03 jan.2016.

certa medida nos surpreendeu, mesmo que seja uma estratégia de aproximação com as/os nativos das comunidades periféricas onde trabalhem.

A pesquisa foi realizada no viés da maior responsabilização das funções, e as que são mais bem pagas nas unidades de saúde. Contudo, se fosse realizada na perspectiva das/os usuárias/os dos serviços, teríamos a maior taxa de mulheres negras, já que estas são a maioria da população de Salvador e o Subúrbio não seria diferente. Neste contexto, precisamos levar em consideração a questão racial, norteando as relações hierárquicas entre as/os profissionais de saúde e usuárias dos serviços, assim como nos traz Sueli Carneiro (2003)

Desprezar a variável racial na temática de gênero é deixar de aprofundar a compreensão de fatores culturais racistas e preconceituosos determinantes nas violações dos direitos humanos das mulheres no Brasil, que estão intimamente articulados com a visão segundo a qual há seres humanos menos humanos do que os outros e, portanto, se aceita complacientemente que estes não sejam tratados como detentores de direitos (CARNEIRO, 2003, p. 14)

Por tudo que foi pontuado, as mulheres e homens negros são a maior parte das/os moradoras/es do Subúrbio de Salvador. Além disto, sabemos que as mulheres, principalmente as negras, são, quantitativamente, as que mais utilizam os serviços e quem normalmente marcam as consultas e acompanham familiares aos atendimentos. Paralelamente, encontramos quem se autodeclarou pardas/os e observamos serem negras/os e, embora saibamos que identidade racial é uma questão de pertencimento, acredito que no contexto desta pesquisa, é perfeitamente legítimo indagar - se um/a funcionária/o nega a cor de sua própria pele, como tratará a maioria das/os suas/seus atendidas/os? Se não me enxergo negra, pois tenho uma construção negativa sobre este grupo, posso dispensar um acolhimento/tratamento digno as/os desta cor? Ou dispensarei a essas/es a invisibilidade de suas presenças e de suas dores?

Dores vividas pelas mulheres negras que convive com a violência⁸⁷, notadamente a doméstica, vítimas prioritária das velhas e novas formas de discriminação. Pois, embora estejamos expostas a todas as outras formas de violência, é ainda, a doméstica que mais nos vulnerabiliza, conforme declara o psicólogo Carlos Eduardo Zuma⁸⁸ (2014) “no Brasil, é nove vezes mais perigoso

⁸⁷ Estamos conscientes de que a violência, de uma forma geral, está também aqui no subúrbio exterminando os jovens negros.

⁸⁸ Cofundador e membro do Conselho Gestor do Instituto Noos – que é uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, fundada em 1994 com o objetivo o desenvolvimento e a difusão

para uma mulher estar dentro de casa do que fora”, fruto, segundo este, “do machismo muito arraigado em nossa cultura, tendo na violência contra a mulher a expressão mais brutal desse pensamento”. No mesmo evento⁸⁹ onde o referido psicólogo fez esta fala, a feminista Jacira Vieira de Melo⁹⁰, completou:

é importante que estejamos discutindo isso agora, nos anos 80, por exemplo, a violência doméstica não era vista como uma questão social, era visto como algo privado, lembram da máxima: "em briga de marido e mulher, não se mete a colher (MELO, 2014).

Como já foi dito, não existe saúde quando vivemos em/com violência. E esta (a violência), em qualquer que seja, sua forma é um ato lamentável e que tem vitimado comprovadamente muitas pessoas e todas/os nós estamos exposta/os.

Voltando aos resultados da pesquisa, e ainda sobre o perfil das/os respondentes, no tocante ao estado civil, obteve-se a informação de que 65% da/os participantes são solteiras/os, 25% casadas/os, 7% são divorciadas/os ou separada/os e 2% não responderam. Sobre o grau de instrução, 69% disseram ter nível superior completo, sendo que destes 13% são pós-graduadas/os.

No quesito religião, 54% declararam-se católicas/os, seguido 18% de evangélicas/os, 10% espíritas, e empatados, com 4%, os de matriz africana e as/os agnósticas/os, sendo que 8% não responderam. Esses percentuais nos fez refletir sobre as discriminações relativas à religião de matriz africana, que sempre estão ligadas ao racismo, pois ainda hoje somos julgados e avaliadas/os pela cor de nossa pele, se somos negras/os, nos definem como Candomblecista ou Umbandista e pensam - se é religião das/os negra/os, então não presta. E digo mais, as religiões de Matriz Africana, desde sempre foram desafetos da sociedade teocrática e sexista, pois sempre, resistiu às investidas da Igreja Católica/Protestante e da Tradição masculinizada, misógina e machista, dando um papel de destaque as mulheres, sobre isto, importa ressaltar que:

[...] as mulheres puderam ocupar as mais importantes posições hierárquicas, elementos vitais na permanência e adaptações dos elementos

de práticas sociais sistêmicas voltadas para a promoção da saúde dos relacionamentos nas famílias e nas comunidades – Citações feita durante o Women's Fórum Brazil, relaizado em São Paulo em 2014.

⁸⁹ Women'sForumBrazil 2014, que aconteceu entre os dias 26 e 27 de maio, em São Paulo, o enfoque foi a **liderança da mulher** como forma de economia estável e próspera. Disponível em: <http://www.vilamulher.com.br/familia/relacionamento/mulheres-correm-mais-risco-dentro-de-casa-do-que-fora-3285.html>. Acesso: 23. Jan 2015.

⁹⁰ Fundadoras do grupo SOS Mulheres em São Paulo e atualmente diretora executiva do Instituto Patrícia Galvão

sagrados e culturais da população negra do país. (HAAG, Carlos, Revista 2009, p. 83)

Ademais,

Numa sociedade que as excluía (e exclui) por serem mulheres e negras, essas afro-descendentes encontraram nos Terreiros o lugar de afirmação de sua identidade como mulher e como ser político". (HAAG, 2009, p. 83).

Talvez por esta razão, “o Povo de Santo” seja, ainda hoje, tão ostensivamente perseguido e discriminadas/os, afinal, os Terreiros sempre foram os contrapontos mais poderosos à ordem vigente, lugares sagrados aonde a mulher negra conseguiu forjar para si mesma uma identidade, positiva, combativa e historicamente datada. Bem diferente da ideologia Católica/Protestante que, de forma explícita, ou nas entrelinhas de seus discursos e práticas, “ensinava às crianças que ser negro era um castigo de Deus e que uma criança boa deveria ter a pele branca” (HAAG. 2009, p. 85).

De todo modo, como se pode ver, o perfil sócio-profissional das/os profissionais das unidades deste Distrito é bastante diversificado, em termos de vínculo empregatício, cor, idade, sexo, estado civil e religião, assim como é diversificado o perfil das/os usuárias/os dos serviços de saúde do território em questão, tendo como semelhança constante a sua cor e classe.

3.3 Equipes de trabalho: composição e tempo de trabalho

Prosseguindo com os resultados, com relação às equipes de trabalho, e mais particularmente sobre a composição das/os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, 41% da/os respondentes informaram que as equipes estavam completas, seguidos de 37% que disseram estar incompletas e 22% não quiseram responder. Os percentuais entre equipes completas e incompletas são diminutos, comparados ao total desejado (100%). No segundo capítulo deste trabalho discorreremos sobre quais profissionais devem compor uma equipe para que esta seja considerada completa. Entendemos que os 37% que responderam estar com as equipes incompletas se incorporam ao contingente das/os 22% que se eximiram em responder a questão, demonstrando que a maioria das unidades não estão com o seu equipamento humano completo, fato verificado in loco.

Ouvimos de algumas funcionárias/os das unidades visitadas que, desde a implantação dos ESF's até a atualidade, houve corte na verba direcionada as

atividades na comunidade o que contribuiu com a descontinuidade nas atividades que eram realizadas pelas/os profissionais em turnos opostos entre o equipamento e a comunidade, onde desenvolviam atividades de inserção e aproximação da unidade e comunidade.

Por conta destes e de outros entraves, como a falta de segurança, as/os funcionárias/os dos postos dentro das comunidades, principalmente médicas e médicos, dificilmente vão às áreas, deixando essa tarefa basicamente para as/os enfermeiras/os e as/os agentes comunitárias/os de saúde, principalmente esses últimos.

O papel das/os enfermeiras/os são muito importante no âmbito das comunidades. Tivemos entre nossas/os participantes o maior quantitativo (100%) de enfermeiras/os, sendo 76,47% do sexo feminino, 23,53% do masculino, contemplando as/os dezessete profissionais desta função, conforme previsto. Entre as/os gerentes dos postos, conseguimos aplicar o questionário a 10 delas/es, perfazendo um percentual de 58,82% do total (17), que havíamos planejado, sendo que, desse percentual, 35,29%, eram do sexo feminino e 23,53% do masculino.

Já entre as/os médicas/os, tivemos 58,82% de respondentes, ou seja, o mesmo percentual das/os gerentes, porém nestes, a quantidade entre os sexos tiveram um equilíbrio quantitativo, sendo 29,41% por sexo das/os participantes. Explicamos na metodologia que na falta das três funções prioritárias (enfermeira/o, medica/o, a/o gerente), substituiríamos por outras funções disponíveis na unidade de saúde, portanto tivemos 14 substituições, conforme quadro anterior, sendo 78,57% do sexo feminino, 21,43% do masculino.

Sobre o tempo de serviço na instituição, 17%, das/os profissionais têm seis anos ou mais na unidade, sendo que 24% tem de três a cinco anos na unidade, seguidos de 15% dos que tem entre um a três anos, já a grande maioria, totalizando 44% das/os declarantes, tem menos de um ano na instituição. Isso nos fez refletir sobre a rotatividade dos profissionais alocados nas ESFs, tão comuns em todas as esferas dos órgãos públicos, e em especial na área da saúde. Essa questão afeta a aproximação e confiança que muitas vezes se estabelecem entre e as/os profissionais e usuárias/os, dificultando a fala daquelas que vivem em situação de violência, muitas vezes inviabilizando a escuta qualificada e o acompanhamento dos casos.

3.4 Qualificação e motivação para atuar no atendimento às mulheres em situação de violência

Sobre a qualificação profissional para o atendimento às mulheres vítimas de violência, 13%, responderam não ter nenhuma qualificação, mesma porcentagem das/os que responderam ter boa qualificação. Porém, 32% disseram estar pouco qualificado, e 26% responderam ter qualificação regular e 8% responderam estar plenamente qualificado, mesma porcentagem dos que não responderam.

Das/os respondentes que demonstraram ter pouca, regular ou nenhuma qualificação, 83% demonstraram sentir falta de conhecer e/ou aprender mais sobre como atuar no atendimento as mulheres em situação de violência. Corroborando com as/os 78,3% das/os respondentes que disseram não terem tido alguma capacitação sobre o tema Violência Doméstica contra as Mulheres. Esta realidade aponta para a necessidade da incorporação da perspectiva de gênero na formação profissional do pessoal de saúde, bem como para uma urgente capacitação voltada para a compreensão do fenômeno da violência contra a mulher, haja vista que há, entre estas/estes profissionais, um elevado número de pessoas que não se sente preparada para lidar com esta questão e, dentre estas/es, muitos admitem não ter qualquer aproximação com o tema.

No que diz respeito à motivação para atuação no atendimento as mulheres em situação de violência, 33% dos respondentes disseram sentir boa motivação, seguido de 31% que disseram ter muita motivação e com 6% as/os que responderam estar pouco motivado e desmotivado ambos com igual porcentagem. Foram 19% as/os que responderam ter motivação regular e 5% que disseram não ter motivação. Acreditamos que a falta de motivação decorre do próprio desconhecimento acerca do fenômeno da violência contra as mulheres e/ou a secundarização das questões de gênero e do impacto deste na saúde e na vida das mesmas, o que reforça a necessidade de formação e capacitação com lentes de gênero. Porém, é preciso maiores investigações acerca desta postura, haja vista que outros fatores podem também estar contribuindo para o desinteresse pela questão, tais como a própria cultura que naturaliza a violência contra a mulher e não a coloca como assunto prioritário nos eventos científicos do campo de saúde e do conjunto das políticas públicas nesta área, mesmo este vitimando quantitativamente a maior parte da população – nós mulheres.

De acordo com as respostas das/os profissionais de saúde, sobre a Lei Maria da Penha, pudemos perceber que o desconhecimento sobre este instrumento jurídico reflete nos atendimentos às mulheres vítimas de violência, pois entre as/os respondentes, 39% disseram ter conhecimento regular sobre a Lei 11340/06, seguido de 21% com pouco conhecimento, 17% sem conhecimento algum da LMP e 15% responderam ter bom conhecimento, 2% declarou ter pleno conhecimento e 6% não responderam. Como se vê, entre as pessoas que estão atuando profissionalmente nos equipamentos de saúde do Subúrbio Ferroviário, há uma forte ausência de informação sobre a Lei mais conhecida da sociedade brasileira – isto é, a Maria da Penha, e uma formação declaradamente deficitária sobre as questões da violência contra a mulher.

Tudo isto é preocupante porque, como porta de entrada para os casos de violência, a saúde tem um papel importante no atendimento, principalmente das mulheres *em situação de* violência doméstica e familiar, pois os postos de saúde são os equipamentos públicos mais comumente encontrados nas comunidades periféricas, assim como do lado Social encontramos os Centros de Referência de Assistência Social - CRAS⁹¹ e Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS⁹².

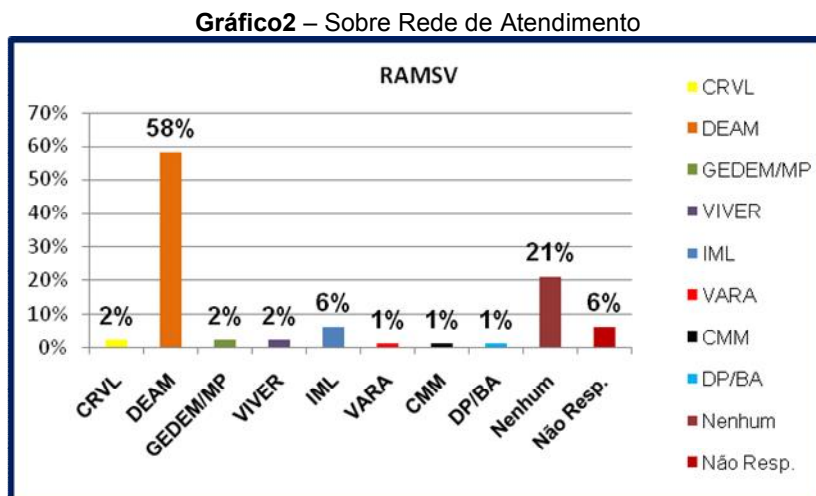
Entretanto, contraditoriamente, ao serem perguntados sobre a “Rede de Atendimento⁹³ à Mulher em Situação de Violência” - 48% responderam conhecê-la, mesmo percentual das/os que informaram nunca terem ouvido falar, já com relação aos órgãos que compõem a referida rede, 58% citaram a DEAM, seguido de 21% que responderam não conhecer nenhum órgão do referido sistema e 6% não

⁹¹ Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é o sistema governamental responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2011/10/conheca-o-centro-de-referencia-de-assistencia-social>>. Acesso: 31 dez. 2015.

⁹² O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Disponível em:<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>. Acesso: 31 dez. 2015.

⁹³ Serviços de Saúde voltados para o atendimento dos casos de violência sexual: A área da saúde, por meio de Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, tem prestado assistência médica, de enfermagem, psicológica e social às mulheres vítimas de violência sexual, inclusive quanto à interrupção da gravidez prevista em lei nos casos de estupro. (Compõem esta rede Postos, hospitais e etc.), p.19. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/ouvidoria-da-mulher/pacto-nacional/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>. Acesso: 03 jan. 2016.

responderam. De todos os órgãos citados, nenhum era da saúde, conforme melhor visualizado em gráfico a seguir:



Fonte: Elaborada pela autora da monografia

Os dados mostraram que, mesmo em análise rasa, a notificação da violência contra a mulher não é percebida por estas/es profissionais como uma obrigação exigida por lei e nem, uma atividade que esteja inserida em suas funções laborais cotidianas e muito menos como um grave problema de saúde pública.

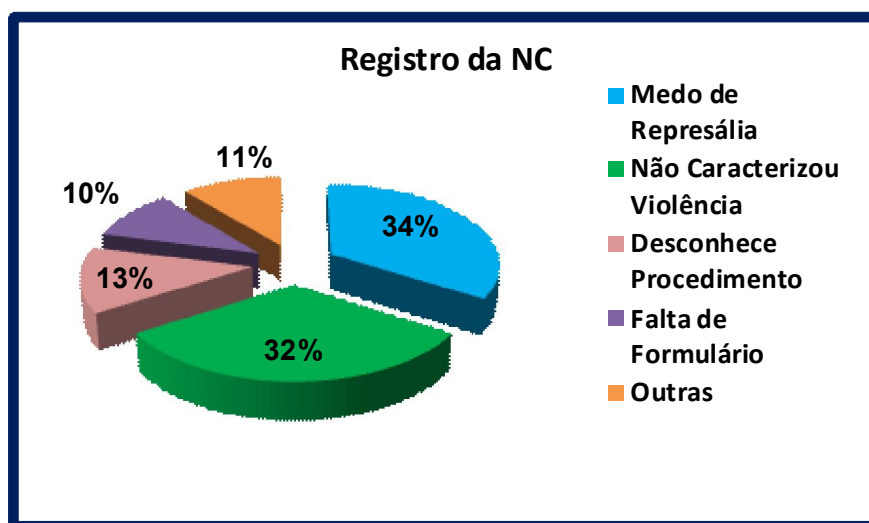
3.5 Conhecimento da lei e realização da notificação

As exposições acima explicam as dificuldades na efetividade da notificação da Lei, objeto deste trabalho, já que podemos observar a falta de conhecimento e a não qualificação das/os profissionais da área de saúde para o entendimento sobre o fenômeno da violência doméstica/familiar. Some-se a isto o fato destes profissionais também desconhecerem a própria Lei Federal 10.778 de 24 de novembro de 2003, pois, embora 53% tenham respondido já terem ouvido falar, enquanto que 52% destes disseram nunca ter realizado nenhum registro. Encontramos em um dos questionários a seguinte resposta sobre o registro de notificação: “tive apenas um caso o qual não fui autorizada a notificar. Situação difícil, pois era esposa do traficante da região”, resposta plausível para a manutenção da falta de efetivação da notificação, onde apenas 13% das/os profissionais responderam já terem realizado alguma notificação e 35% omitiram, inclusive, as suas opiniões.

Conforme o gráfico abaixo, dentre os que responderam conhecer a lei, ao serem perguntados sobre os por quês de não notificarem, 34% respondeu ter “medo

de represália por parte do agressor”, 32% disse não ter tido nenhum caso que eles tenham identificado como violência. De acordo um dos gerentes dos postos - pardo, espírita, solteiro, 33 anos, cinco meses na unidade, disse: “não surgiu nenhum caso no período em que estou aqui” (P do quadro 6 – do perfil).

Gráfico 3 - Justificativas para não notificar



Fazendo uma análise mais profunda acerca das razões pelas quais alguns profissionais deixam de efetivar a notificação, verificamos que aquelas/es que responderam nunca ter participado de capacitação acerca da violência contra a mulher estão entre os que menos notificam, pois quando perguntados acerca de possíveis capacitações nesta temática, 78,3% das/os profissionais respondentes informaram nunca terem participado e apenas 21,7% respondeu que sim.

Na questão sobre o número de registro de notificação efetuados pela instituição no período de uma semana, 56% responderam nunca terem feito, e 42,8% não quiseram responder, tendo apenas 1% declarado ter realizado de 1 a 5 registros semanais e 0,2% mais de 5% registros.

Consta do questionário de coleta da pesquisa, uma pergunta sobre o que eram feitos com os registros de violência realizados. Percebemos, pelos dados, que existe um desalinhamento entre “O como preencher? Para onde enviar o formulário? E por que notificar?”, visto que algumas respostas com relação a estes questionamentos nos trouxeram as seguintes informações: “ficam nas gavetas das mesas dos consultórios”, “dentro dos prontuários das/os usuárias/os”, outros disseram que enviam para o Distrito Sanitário. Há, portanto, incertezas com relação ao fluxo das

notificações realizadas, ou seja, sobre a efetivação de uma Lei que, mesmo sendo obrigatória para as três esferas – municipal, estadual e federal, depois de mais de uma década ainda não é plenamente executada.

3.6 Notificação: dificuldades e possibilidades de mudanças

A falta de execução dos registros ficou evidentemente comprovada em todo o exposto acima. Porém, com o intuito de reforçar os resultados desta pesquisa, trouxemos o quadro abaixo com as notificações realizadas no SINAN no período de 2010 - 2015, cedido por profissional do Distrito Sanitário do Subúrbio, em 22 de julho de 2015, a partir do qual podemos indagar como uma cidade com alto índice de violência como Salvador, inclusive a doméstica familiar contra as mulheres, pode contabilizar os seguintes dados?

Quadro 7 –Registros oficiais de notificação no Distrito do Subúrbio

Unidsaudenot	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
5495806 DISTRITO SANITARIO SUBURBIO FERROVIARIO	0	0	0	0	0	6	6
5377889 UBS SERGIO AROUCA PARIPE	0	0	1	0	0	0	1
0004774 UPA 24H PROF ADROALDO ALBERGARIA	15	3	14	178	200	78	488
6388280 USF ALTO DA TEREZINHA	0	2	0	0	0	0	2
0006971 USF ALTO DO CRUZEIRO	0	0	0	1	0	1	2
6429947 USF BATE CORACAO	0	3	0	0	0	0	3
0028576 USF DO CONGO	0	2	0	0	0	0	2
6389023 USF ESTRADA DA COCISA	0	0	0	3	0	0	3
2653346 USF FAZENDA COUTOS III	0	1	0	0	0	0	1
0006963 USF ILHA AMARELA	0	2	0	0	0	0	2
2821036 USF RIO SENA	0	1	1	2	1	0	5
6363873 USF SAO JOAO DO CABRITO	0	0	0	2	0	0	2
2653575 USF SAO TOME DE PARIPE	4	3	0	0	1	0	8
3270505 USF VISTA ALEGRE	1	3	2	0	0	2	8
Totais	20	20	18	186	202	87	533

Fonte: SMS/SUIS-SINANET. Acesso 2/07/2015 – (grifos meus)

As notificações realizadas pela maioria das unidades de saúde nas quais aplicamos o questionário estão acima no quadro. Tomei a liberdade de preencher em lilás os zeros (0) de notificação e negritar as unidades visitadas e seus distintos anos. Diante desses dados, cabe perguntar: como pode o Distrito (conjunto de todas as unidades) ficar de 2010 a 2014 sem um registro de violência? Como pode a

unidade Sergio Arouca, em Paripe, que é um posto de demanda aberta, ou seja, atende quem chegar à unidade, não importando de que bairro venha, ter tido apenas uma (01) notificação em cinco anos e meio? Assim acontece com todas as outras unidades, valendo pontuar que os dados deste quadro não são exclusivamente de violência contra a mulher e muito menos só da violência doméstica familiar contra estas, e sim, dá violência doméstica, sexual e/ou outras violências em geral.

Temos consciência de que as prioridades dos governantes e legisladores nunca foram à efetividade dessa política pública, e sim, que esta fosse utilizada como forma de dirimir conflitos, acalmar os ânimos, principalmente da população feminina. Esta intenção fica ratificada pela falta de monitoramento, fiscalização e avaliação dessa política, o que tivemos oportunidade de perceber diante das incertezas em torno da ação de notificar, causada em boa parte pelo desconhecimento da legislação e do fluxo da notificação entre as/os profissionais (enfermeiras/os, médicas/os e gestores dos equipamentos) de saúde, aos quais as práticas da Lei prioritariamente se direcionam.

Os dados apresentados neste capítulo reforçam a existência das dificuldades de concretização da Lei 10.778. Além das questões de ordem cultural, que os dados evidenciaram, tem aspectos de ordem estrutural que impedem o bom funcionamento do sistema. Percebe-se que os/as profissionais da área de saúde apresentam dificuldades que vão desde a formação, falta de motivação para se engajarem no fiel cumprimento da norma, passando pela falta de interesse e compromisso, além do medo e do desconhecimento parcial e/ou total da legislação, e do processo operacional para implementá-la.

A condição de desconhecimento sobre a notificação fica evidente nas respostas da maioria das/os participantes, porém, entre estes encontramos a de uma médica, 42 anos, de cor autodeclarada branca⁹⁴, divorciada, católica, funcionária pública, com mais de um ano na unidade (posto D, no quadro 6) a qual respondeu sobre o conhecimento da Lei e o registro dos casos de violência contra a mulher, com um sucinto: “não sei, nunca fiz”, complementando sua fala na resposta seguinte sobre o que fazer para que a Lei seja efetivada: “Precisamos melhorar o conhecimento da lei e o encaminhamento desses pacientes”.

⁹⁴ Na percepção da pesquisadora, segundo categorização do IBGE: parda.

Já a enfermeira, parda, católica, solteira, 31 anos, com cinco destes atuando na unidade, com 40h semanais, respondeu: “Em alguns casos não faço o formulário devido ao vínculo com a comunidade, e por ser a única pessoa a saber da agressão” (participante do posto H, no quadro 6).

Pelo que se pode ver dos dados colhidos, os percalços para efetivação da notificação são muitos, inclusive ouvimos várias reclamações entre os que responderam conhecer o instrumento de registro da violência, sobre as dificuldades no preenchimento e falta de disponibilidade do formulário nas unidades de saúde, como segue neste desabafo: “vivemos num corre, corre, muitas vezes passando da hora de comer, a unidade cheia, parar para preencher um formulário extenso como esse, é uma violência”, respondeu a enfermeira, de cor autodeclarada parda, solteira, católica, 37 anos, na unidade há um ano e dois meses (participante do posto N no quadro 6). Desta mesma unidade trazemos a resposta do gerente à questão sobre o conhecimento da Lei, onde respondeu afirmativamente, porém, quanto a já ter notificado, respondeu – não – explicando que: “muitas vezes fica claro durante o atendimento que se trata de violência. Porém, por medo, grande parte (se não todos/as) opta, pela omissão (posto N, quadro – 6).

Os motivos para omissão encontradas nas unidades do Distrito Sanitário do Subúrbio não diferem da matéria encontrada no site do Compromisso e Atitude⁹⁵, sob o título: “Desinteresse dos médicos reduz registro de violência contra a mulher no Estado (Jornal Tribuna da Bahia – 28/11/2012)⁹⁶”, onde encontramos o registro da fala do presidente do Sindicato dos Médicos do Estado da Bahia (Sindimed-Ba), na época, o Dr.º Francisco Magalhães, que disse: “é muito fácil compreender a preocupação dos médicos em se envolver no trabalho de notificação dos casos de violência contra a mulher”, afinal, “se trata de um problema muito complexo e que deve ser trabalhado como um problema social. O envolvimento dos médicos deveria

⁹⁵ “A Campanha “Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha – A lei é mais forte” é resultado da cooperação entre o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Defensoria Pública e o Governo Federal, por meio da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República e o Ministério da Justiça. Tem como objetivo unir e fortalecer os esforços nos âmbitos municipal, estadual e federal para dar celeridade aos julgamentos dos casos de violência contra as mulheres e garantir a correta aplicação da Lei Maria da Penha”. Maiores informações. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/o-que-e-a-campanha-compromisso-e-atitude-pela-lei-maria-da-penha/>. Acesso: 10 jan. 2016.

⁹⁶ Acesso a matéria original na página do jornal Tribuna da Bahia, com data informada. Disponível em: <http://www.tribunadabahia.com.br/2012/11/28/desinteresse-dos-medicos-reduz-registro-de-violencia-contra-mulher-no-estado>. Acesso: 10 jan. 2016.

ser acompanhado de toda uma estrutura que facilitaria seu trabalho, o que não existe ainda” (Tribuna da Bahia, 2012).

Na mesma manchete, encontramos a fala da presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia - SindSaúde-BA, Sr.^a Inalba Fontinele que disse: “o problema da subnotificação é apenas mais uma consequência da falta de investimento do estado na saúde”, pois, segundo ela:

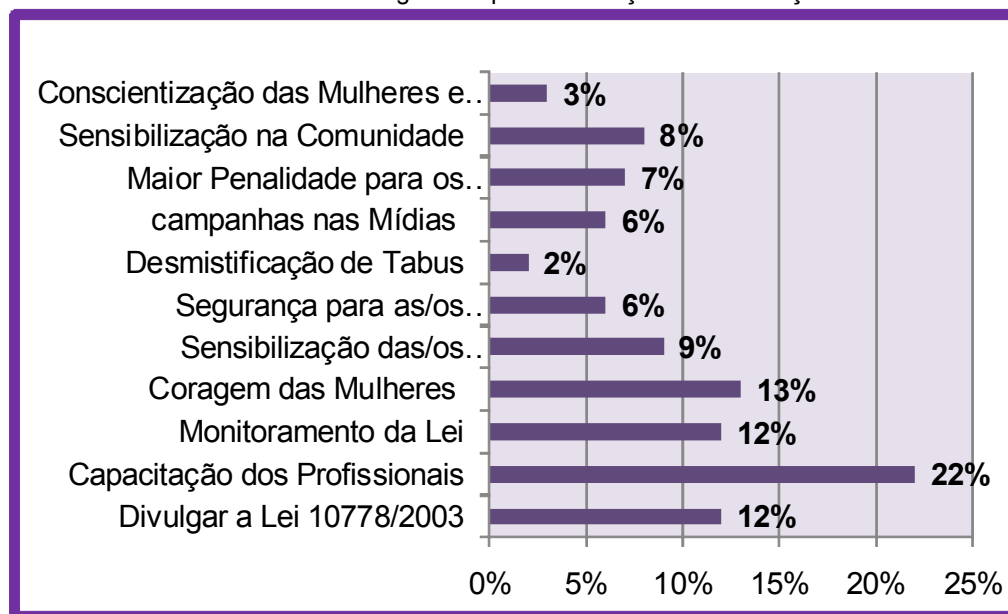
“Só com investimento se pode dar treinamentos para os profissionais aprenderem a abordar as vítimas, se pode ter salas apropriadas para que se possa fazer uma abordagem mais eficiente, é necessário também um número maior de profissionais para atender a demanda habitual e ainda ter tempo para preencher o formulário de notificação. Além disso, tem-se que montar uma estrutura em que o profissional se sinta seguro para entrar na individualidade de uma pessoa e não sofrer represália por isso” (NOTA 97).

Neste mesmo site, a Sub-coordenadora de Agravo, da Vigilância Epidemiológica do Estado, na época, Sra. Izabel Xavier, reconheceu que “as notificações são feitas em sua grande maioria pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - NHE⁹⁷ instalados em hospitais de Salvador” (XAVIER, 2012). Vale destacar que não tivemos ciência, em nenhum momento da pesquisa, nem mesmo durante a observação não participante, muito menos pelas respostas aos questionários, sobre a existência desses núcleos, embora pense que pelo quantitativo de notificações apresentadas, esses núcleos também devem ser inoperantes. Ou seja, mais uma vez percebemos que prevenir e erradicar a violência da qual nós mulheres estamos exposta não é prioridade das ações governamentais.

Como última questão do instrumento de coleta, perguntamos aos profissionais de saúde o que poderia ser feito para que a Lei 10.778/2003 fosse efetivada. No gráfico abaixo seguem as sugestões, sendo que a capacitação dos profissionais de saúde foi a sugestão mais citada, com 22%, como segue:

⁹⁷ Núcleos que tem como finalidade primordial detectar e investigar doenças de notificação compulsória (DNC) atendidas no hospital. A análise dos dados de morbi- mortalidade e o acompanhamento do perfil epidemiológico do hospital é realizado mensalmente na rotina ou diariamente em casos de surtos ou epidemias. O banco de dados utilizado é o do SINAN, porém mantendo-se um banco paralelo em planilhas de Excel para elaboração de tabelas e gráficos. Tais informações são enviadas aos demais órgãos de Vigilância Epidemiológica municipal, estadual, coordenação estadual do NHE, e em especial à Direção do hospital visando contribuir com a gestão e o planejamento hospitalar. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/hcm/modules/mastop_publish/?tac=NHE_%96_N%FAcleo_Hospitalar_d e_Epidemiologia. Acesso: 10 jan. 2016.

Gráfico4 - Sugestões para Efetivação da Notificação



Fonte: Esta pesquisa monográfica

Capacitação, sensibilização/formação das/os profissionais, monitoramento da Lei, mais coragem das mulheres em denunciar, são realmente boas sugestões, porém, o artigo 7º da Portaria 104/2011 é taxativo quando diz que é “responsabilidade das/os profissionais da saúde e de ensino registrarem os casos de violência contra as mulheres atendidas nestes estabelecimentos”. Ademais, verifica-se que nenhum dos respondentes citou a necessidade da intersectorialidade⁹⁸ para o sucesso desta ação. Se não temos o respaldo de uma Rede na efetivação desta ação, o risco de expor a vítima a mais episódios de violência é um fator a ser levado em consideração.

⁹⁸ “Intersectorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas. Deste modo, a intersectorialidade passou a ser um dos requisitos para a implementação das políticas setoriais, visando sua efetividade por meio da articulação entre instituições governamentais e entre essas e a sociedade civil”. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/06.pdf>>. Acesso: 11 jan. 2016.>. Acesso: 11 jan. 2016.

O aspecto **preventivo** contra reincidência da violência, sobretudo em termos de política de notificação, não é uma ação da qual tenhamos expertise em nosso país, imagine em nossa cidade/estado, dificuldade comum, também na **avaliação de políticas públicas**. Apesar disto, a utilização da ficha de notificação não pode ser esporádica, pois assim sendo só contribui com a subnotificação dos registros/dados da violência contra a mulher, o que nos obriga a fazer as seguintes indagações: a quem a manutenção da situação de violência contra a mulher privilegia? Não compete ao Estado intervir nesta realidade? E em caso de omissão, quem será responsabilizado? Não resta dúvida de que a manutenção da violência favorece a perpetuação das hierarquias, assimetrias e desigualdades de gênero, causadoras de toda sorte de violações, inclusive ao próprio direito à saúde, do qual as mulheres, enquanto cidadãos de direitos, também são titulares. Não resta dúvida também de que é papel do Estado intervir para transformar esta realidade. Tampouco paira dúvida de que o Estado, assim como seus agentes, podem e devem ser responsabilizadas/os por suas condutas omissivas.

4 CONSIDERAÇÕES

De acordo com os dados desta pesquisa, ficou evidenciado que a violência contra a mulher - fruto das relações de gênero desiguais, assimétricas e injustas - não somente é uma grave violação aos seus direitos humanos, como é considerada pela Organização Mundial de Saúde, como um grave problema de saúde pública, haja vista que afeta sua saúde física e mental, comprometendo seu pleno desenvolvimento em todos os âmbitos da vida.

Ficou evidenciando que, desde 2003, o Brasil conta com uma legislação federal (Lei Federal 10.778/2003) que determina a notificação compulsória da violência contra as mulheres a serem realizadas pelas/os profissionais de saúde, seja no serviço público ou privado. Além disto, a pesquisa destacou a possibilidade de implementação conjunta da Lei de Notificação Compulsória com a Lei Maria da Penha, que também versa sobre a necessidade de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, destacando a importância e o papel de diversos profissionais e áreas de atuação neste campo

O propósito maior da pesquisa foi verificar a efetivação ou não da lei 10.778/2003 no âmbito do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador, haja vista se tratar de um dos Distritos mais extensos e populosos desta cidade, pois abrange quase todo o Subúrbio Ferroviário de Salvador, capital do estado da Bahia.

Conforme o exposto ao longo dos capítulos, mas em particular no capítulo terceiro, não resta dúvida de que a notificação compulsória da violência contra as mulheres não está sendo realizada pelas/os profissionais de saúde atuantes nos equipamentos públicos do Distrito em questão. E uma das maiores evidências, assim como principais causas, reveladas pelos dados coletados, é a pouca aproximação das/os profissionais com a temática da violência contra a mulher e a política nacional de enfrentamento à mesma.

Outro dado revelador são as dificuldades na concretização da ação de notificar. A pesquisa demonstrou que são muitas, merecendo destaque a falta de conhecimento sobre a legislação, a dificuldade em perceber os sinais da violência, a desídia, a negligência, a violência institucional e simbólica construídas por valores e costumes arraigados de uma sociedade sexista e machista que prioriza os interesses individuais em detrimento dos coletivos.

O interesse coletivo aqui destacado corresponde aos interesses dos grupos das muitas mulheres que sofrem com a violência principalmente a doméstica. Entendemos a efetivação da notificação compulsória da violência contra as mulheres como um poderoso instrumento de política pública, contudo, é fato, que a conscientização da sua importância, a quebra de ideias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência são condições necessárias para que a/o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar a quem for de direito sobre essa realidade, que se apresenta de forma tão expressiva, no cotidiano dos atendimentos das mulheres em qualquer que seja a forma de violência e seja qual for à área de atuação.

No subúrbio e periferias de Salvador, infelizmente, as leis que se efetivam são: a do silêncio - não ouço -, da ignorância - não sei - e da cegueira social: não vejo. Principalmente em relação aos atos perpetrados contra as mulheres negras e pobres, valendo sempre fazer deste um recorte de gênero, raça e classe. Temos consciência de que as/os profissionais de saúde não podem sozinhos, assumir a política de prevenção a violência contra a mulher, porém, acredito que podem registrar os casos que chegam ao seu conhecimento, pois se trata de um dever que a lei impõe aos mesmos e um direito das mulheres. A não efetivação desta política revela o desrespeito por parte da equipe da saúde para com as mulheres, já que contribui para a manutenção da situação desumana em que elas vivem.

Faz-se necessária a oferta de educação continuada para todas/os as/os profissionais das unidades de saúde referidas, baseada na equidade de gênero e compartilhada com as/os moradores das comunidades em torno desses equipamentos, promovendo a cultura de paz e envolvendo os outros setores existentes nestas comunidades. De igual modo, é necessária a criação de um Sistema Nacional Único de informação de notificação, obrigatória a todos os Serviços de Atendimento as Mulheres em Situação de Violência.

A inexistência de controle sobre os registros da violência reforça a cultura de subnotificação galopante nas unidades, onde impera a bur(r)ocracia percebida através de vários órgãos inoperantes, cujas siglas são utilizadas como estratégia para dificultar o controle e acompanhamento da eficácia e eficiência da política, e conseqüentemente, da avaliação das mesmas, camuflando a negligência e o desvio orçamentário da implementação das políticas de gênero, para o fortalecimento em

prol do capital escravizador que alimenta e mantém as elites soteropolitana, baiana e brasileira.

REFERÊNCIAS

ABREU, Jânio Jorge Vieira de; ANDRADE, Thamyres Ramos de. **A compreensão do conceito e categoria gênero e sua contribuição para as relações de gênero na escola.** Disponível em: < http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.10/GT_10_01_2010.pdf>. Acesso: 24 nov. 2015.

ALMEIDA, Suely Souza de (Org.). **Violência de Gênero e Políticas Públicas.** Rio de Janeiro, EdUFRJ, 2007.

ALVES, Ana Elizabeth Santos. **Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família.** Trab. educ. saúde [online]. 2013, vol.11, n.2, pp. 271-289. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a02v11n2.pdf>>. Acesso: 10 dez. 2015.

ANNAN, Kofi. **Mulher 2000: igualdade entre os sexos, desenvolvimento e paz no Século XXI.** Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas. Nova York, 5-9 de junho 2000. Disponível em <https://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/women/violencia.pdf>. Acesso: 19 jan. 2016.

BAIRROS, Luíza H. de. **Nossos feminismos revisitados;** Revista Estudos Feministas, UFRJ, v. 3, n. 2, 1995. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16462/15034>. Acesso: 20 dez. 2015.

BANDEIRA, Lourdes. Brasil: fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas. In: MELO, Hildete Pereira de & BANDEIRA, Lourdes. **A pobreza e as políticas de gênero no Brasil.** Série Mujer y Desarrollo, 2005, n. 66, CEPAL.

BANDEIRA, Lourdes. **A contribuição da crítica feminista à ciência.** Revista Estudos Feministas. Florianópolis, v. 16. N. 1, jan-abril, p. 207-238, 2008.

BARSTED, Leila Linhares, PITANGUY, Jacqueline. **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010.** Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. 436p. online. (p. 304-339). Disponível em: < http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf>. Acesso: 04 dez. 2015

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2007. 232 p. p. 22. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 8). Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso: 14 nov. 2015.

BRASIL. **Lei 10.778/2003.** Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm >. Acesso: 16 ago. 2015.

BRASIL. **Lei 11.340/2006**. Brasília, DF: Presidência da República, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm >. Acesso em: 10 de jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**: um passo a mais na cidadania em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_maustratos_crianças_adolescentes.pdf>. Acesso: 03 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, **2006**. F.60, p. 10. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso: 14 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, **2012**. F.114, p. 40 - 41. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf >. Acesso: 15 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas 1. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual**: matriz pedagógica para formação de ed., 2 reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < <http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/images/stories/integral.pdf>>. Acesso: 23 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. atual. eampl. – Brasília: Ministério da Saúde, **2005**. 68 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 6)- p.62. Disponível em: < <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/combate-a-violencia-contra-a-mulher/Manual%20violencia%202005.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso: 19 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade**

por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 - 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. – (Série E. Legislação de Saúde), ISBN 85-334-0985-0 Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed>. Acesso: 08 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007** / Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 154 p. Estatística e Informação em Saúde. ISBN 978-85-334-1618-5. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf> . Acesso: 18 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737** de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96 seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 64 p. fl. 7 – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed> . Acesso: 28 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.: il. (f. 53; 153; Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf> . Acesso: 17 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (p.) il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso: 02 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso: 02 dez. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014** -Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>.
Acesso: 06 dez. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. p. 92. (Série Documentos). Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/SPM_instrumentosinternacionaisdireitosdasmulheres.pdf>.
Acesso: 23 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. Ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p.: il. (p. 41) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1331-3. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso: 17 dez, 2014.

BRASIL. SPM/PR. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/ouvidoria-da-mulher/pacto-nacional/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>>.
Acesso: 03 jan. 2016.

BRAZÃO, Analba e OLIVEIRA, Guacira Cesar de (orgs). **Violência contra as mulheres - Uma história contada em décadas de lutas**. Brasília: CFEMEA: MDG3 Fund, 2010.128p. – (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo; 6. p. 72- 91, 92,121.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres em movimento**. *Estud. av.* [online]. 2003, vol.17, n.49, pp. 117-133. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18400.pdf>>.
Acesso: 28 dez. 2015

CAMASSALE, Vânia Denise. **Notificação de Violência Contra a Mulher: conhecer para intervir na realidade**. São Paulo, 2012. 150p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-22022013-124837/pt-br.php>>.
Acesso: 05 nov. 2015.

CARVALHO, Inaiá Maria Moreira de A; PEREIRA, Gilberto Corso. **Dinâmica metropolitana e segregação sócioespacial**. *Cad. CRH* [online]. 2007, vol.20, n.50, pp. 261-279. ISSN 0103-4979. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v20n50/v20n50a06.pdf>>. Acesso: 05 nov. 2015.

CERQUEIRA, Daniel et, al. **Avaliando a efetividade da lei Maria da Penha**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-Ipea. Brasília: Rio de Janeiro 1990. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/porta1/images/stories/PDFs/TDs/td_2048.pdf >. Acesso: 04 dez. 2016.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et, al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia**

Saúde da Família. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 415-422. ISSN 0103-2100. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a15.pdf>>. Acesso: 10 dez. 2015.

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (Coren-GO). Manchete no site: **Notificação eficaz gera novas ferramentas de trabalho na saúde preventiva.** Data 02/10/2014. Disponível em: < http://www.corengo.org.br/notificacao-eficaz-gera-novas-ferramentas-de-trabalho-na-saude-preventiva_3876.html#>. Acesso: 04 dez. 2015.

Data Popular / Instituto Patrícia Galvão - **Percepção da Sociedade Sobre Violência e Assassinatos de Mulheres.** Fl. 50 - (p.4). Disponível em: < http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro_pesquisa_violencia.pdf >. Acesso: 03 dez. 2015.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978, f. 3, p. 1. Disponível em: < <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> >. Acesso: 23 jun. 2015.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER - Pequim, 1995. Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Fl. 147-258, (p.178). Disponível em: < http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso: 04 dez. 2016.

Diagnóstico dos homicídios no Brasil :**subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios** / ENGEL, Cíntia Liara., et al. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Segurança Pública, 2015. 271 p. :il color. (p. 37). Disponível em: < <http://estaticog1.globo.com/2015/10/15/RELATORIOHOMICIDIOS10x297mmMJ.PDF>>. Acesso: 25 nov. 2015.

DINIZ, Normélia Maria Freire et al. **Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.3, pp. 354-356. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a20v57n3.pdf>>. Acesso: 16 nov. 2015.

DPLP: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/compuls%c3%b3ria> >. Acesso em: 04 dez. 2015.

Estatuto da Criança e Adolescente **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Art. 13. < Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm >. Acesso: 23 jan. 2015.

Estatuto do Idoso. Art. 19. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso: 23. Jan 2015.

ESPINHEIRA, Gey; SOARES, Antonio Mateus de C. **Pobreza e marginalização: um estudo da concentração e da desconcentração populacional nas**

metrópoles latino-americanas: o caso de Salvador, no Brasil. 2006. 21 f. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil. 18 a 22 de setembro de 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_266.pdf>. Acesso: 06 out. 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica** do SUS. 12P, p.5. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso: 23 nov. 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002. Livro online, f. 176, p. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

GONZALES, Lélia. **Racismo e sexismo na cultura brasileira.** In: Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984, p. 223-244. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/247561/mod_resource/content/1/RACISMO%20E%20SEXISMO%20NA%20CULTURA%20BRASILEIRA.pdf>. Acesso: 16 maio. 2014.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas:** um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

HAAG, Carlos. **Uma história das mulheres negras.** In: Revista Biblioteca entre Livros Edição Especial, nº 6, Duetto Vozes da África, (p.83). Disponível em: <<http://www.revistadehistoria.com.br/forum/africa/topico/africanos-vistos-por-europeus>>. Acesso: 13 jan. 2016.

HARAWAY, Donna. **Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial.** Cadernos Pagu (5) 1995: pp. 07-41. Disponível em http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1065_926_hARAWAY.pdf. Acesso: 23 dez. 2015.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso: 17 nov. 2014.

KIND, Luciana et al. **Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2013, vol.29, n.9, pp. 1805-1815. ISSN 0102-311X. ARTIGO, p. 11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso: 23 nov. 2015.

LEAL, Andréa Fachel. **Violência contra a mulher, um problema de saúde pública.** 27 nov. 2009. Disponível em: <<http://cartamaior.com.br/?/Editorial/Direitos-Humanos/Violencia-contra-a-mulher-um-problema-de-saude-publica/5/15366>>. Acesso: 17 nov. 2015.

LEAL, João José. **Jogo do Bicho, uma história antiga**. 20 jul 2013. Online. Disponível em: <<http://www.jornalraza.com/noticias/detalhe/jogo-do-bicho-uma-historia-antiga>>. Acesso: 22 nov. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)** Brasília – DF 2007. 2.^a edição Série A. Normas e Manuais Técnicos. 64 f. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf >. Acesso: 20 ago. 2015.

MARTINEZ, Simone Duran Toledo. **Violência Institucional: Violação dos Direitos Humanos da Mulher**. Palestra realizada no II Fórum de Violência contra a mulher/Presidente Prudente-21/11/2008. (online). Fl. 10, (p. 3). Disponível em: < http://www.recriaprudente.org.br/site/abre_artigo.asp?c=16>. Acesso: 07 jan. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza e SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 1997, vol.4, n.3, pp. 513-531. ISSN 1678-4758. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso: 11 nov. 2015.

NASCIMENTO, Sueli do. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas** Serv. Soc., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/06.pdf>>. Acesso: 11 jan. 2016.>.

PALLONE, Simone. **Diferenciando subúrbio de periferia**. *Cienc. Cult.* [online]. 2005, vol.57, n.2, pp. 11-11. ISSN 2317-6660. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v57n2/a06v57n2.pdf>>. Acesso: 09 jan. 2016.

PASINATO, Wânia. **Delegacias de defesa da mulher e juizados especiais criminais: mulheres, violência e acesso à justiça**. In: XXVIII Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Minas Gerais, 26 a 28 de out. 2004.

PEDROSA, Claudia Mara; Mary, J. P SPINK. **A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica**. *Saúde Soc.* São Paulo, 2011, v.20, n.1, p.124-135. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/15.pdf>. Acesso: 15 jan. 2016.

Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2010-2013**. 2010, p. 21. Disponível em: < http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2015.

Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde, **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017**. Versão Preliminar Salvador, 2014, p.108. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>. Acesso: 06 de nov. 2015.

REGIS, Imaira Santa Rita, **Lobato e Paripe no contexto da Avenida Suburbana: uma análise socioespacial**. Salvador, 2007. 141 p. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Geografia. Disponível em: <http://www.posgeo.ufba.br/disserta%C3%A7oes/DISSERTACAO_IMAIRA.pdf>. Acesso: 06 nov. 2015.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, Cecília MacDowell; IZUMINO, WâniaPasinato. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. 2005., 16p. Disponível em <http://www.Nevusp.org.dowloands/down83.pdf>. Acesso: 31 dez.2015.

SILVA, Salete Maria da. Constitucionalização dos direitos das mulheres no Brasil. In: **Interfaces Científicas – Direito, Aracaju, V.01. N.01. p. 59-69, out. 2012. Disponível em** <https://periodicos.set.edu.br/index.php/direito/article/view/178/76>. Acesso: 31 dez.2015.

SILVA, Márcio Henrique Narcizo da et, al. **Perfil Epidemiológico e Social da População Atendida em uma Unidade Básica de Saúde em Cuiabá**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde ISSN:1982-4785. (p.259) Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/375/pdf>>. Acesso: 31 dez. 2015.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. **-O QUE DEVEM SABER OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PROMOVER OS DIREITOS E A SAÚDE DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**. 2002, 2003. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde - Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP Fl. (1-38), p. 22. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf>. Acesso: 09. Dez 2015.

SOARES, Antonio Mateus. **A cidade como objeto interdisciplinar de pesquisa no Ensino Médio**– Experiências Pedagógicas no ISBA. Instituto Social da Bahia. 2012.13f. 3º ENSOC - Encontro Estadual de Ensino de Sociologia, 2012. Disponível em: <<http://www.labes.fe.ufrj.br/Eventos/3ENSOC/PDF/GT3.3.2.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

SOARES. Antonio Mateus de C. **Cidade revelada: pobreza urbana em Salvador-BA**. Belo Horizonte 05(1) 83-96 janeiro-junho de 2009. Disponível em: <[file:///C:/Users/edna/Downloads/86-84-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/edna/Downloads/86-84-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso: 06 de nov. 2015.

SOUZA, Sérgio Ricardo de. **Comentários à lei de combate à violência contra a mulher**. 1ª edição. Curitiba: Juruá, 2008.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas:uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45, p. 26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso: 19 nov. 2015.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al. **Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo.** *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 1998, vol.7, n.1, pp. 7-28. ISSN 0104-1673. (p.10). Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n1/v7n1a02.pdf>>. Acesso: 03 nov. 2015.

VEIGA, Elba Guimarães. et al. **O processo de delimitação dos bairros de Salvador: relato de uma experiência.** Revista interdisciplinar de gestão social RIGS, jan . / a b r. 2012 v.1 n.1 p. 131-147. Disponível em: <http://www.rigs.ufba.br/pdfs/RIGS_v1n1_art7.pdf >. Acesso: 06 de nov. 2015.

VELOSO, M. M. X. et, al. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1263-1272, 2013. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n5/11.pdf>>. Acesso: 06 de nov. 2015.

VIANNA, Cláudia; UNBEHAUM, Sandra. **O gênero nas políticas públicas de educação no Brasil: 1988-2002.** In: *Cadernos de Pesquisa*, v. 34, n.121, p.77-104, jan/abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n121/a05n121.pdf> >. Acesso: 06 nov. 2015.

WASELFISZ JulioJacoboz. **Mapa da Violência 2015 - Homicídio de mulheres no Brasil** 1ª Edição Brasília – DF – 2015. F. 83, p.23-35. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso: 11 nov. 2015.

APÊNCICE 1

Questionário de Pesquisa

1.0 – Nome da entrevistadora: _____

2.0 - Identificação do Órgão visitado.

Razão social – (nome da Unidade): _____

Endereço: _____

Estrutura: _____

2.1 - Composição da equipe: Completa () Incompleta ()

3.0 Perfil da/do entrevistada(o);

3.1 Sexo: () Feminino () Masculino

3.2 Idade: ()

3.3 Cor declarada: _____ Percepção da entrevistadora: _____

3.4 Estado civil: _____

3.5 Religião: _____

3.6 Escolaridade: _____

4.0 Função: _____

5.0 Tempo de atuação na instituição: _____

6.0 Vinculo empregatício com a instituição: _____

7.0 Carga horária de trabalho semanal: _____

8.0 Em uma escala de 0 a 5, quanto você se sente motivado a atuar no atendimento às mulheres vítimas de violência: ()

9.0 De uma escala de 1 a 5, como você avalia sua qualificação para o atendimento às mulheres vítimas de violência? ()

10 Você sente falta de conhecer ou de aprender mais sobre como atuar no atendimento à mulher em situação de violência? ()Sim ()Não

11 De 1 a 5, como avalia seu conhecimento da Lei Maria da Penha? ()

12 Você já ouviu falar na Rede de Atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica? ()Sim ()Não

13 Quais os órgãos de atendimento à mulher vítima de violência você conhece? _____

14 Você já participou de alguma capacitação sobre o tema “Violência Domestica contra a Mulher? ()Sim ()Não.

15 Você conhece ou já ouviu falar sobre a Lei Federal n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, que diz em seu Art. 1º- Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados. ()Sim ()Não

15.1 Caso sim, você já fez algum registro de violência em formulário próprio? ()Sim ()Não

15.2 Caso não. Por quê? _____

16 Quantos registros compulsórios de violência contra a mulher são feitos por este órgão no período de uma semana? ()

17 Para onde são enviados esses registros?

18 Em sua opinião o que poderia ser feito para que a Lei 10.778/03, fosse melhor efetivada?

Salvador, _____ de _____ 20____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Livre e Esclarecido eu,

_____,
em pleno exercício dos meus direitos, DECLARO que me disponho a participar da pesquisa intitulada Notificação da Violência Contra as Mulheres no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA.

Declaro, ainda, para quem possa interessar, que fui esclarecida(o) e estou de acordo com os seguintes aspectos:

- O trabalho terá como objetivo conhecer e analisar a efetividade da Lei 10.778/2003 nas unidades de saúde do Distrito do Subúrbio Ferroviário;
- À(o) participante caberá responder às perguntas formuladas sem ser submetida a qualquer risco ou constrangimento;
- À pesquisadora caberá desenvolver a pesquisa de forma ética e confidencial;
- A(o) participante poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho, não havendo qualquer penalização em face disto;
- Será garantida a não identificação da(o) entrevistada(o), assegurando se assim sua privacidade e anonimato;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro à(o) participante voluntária(o) e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou institucional responsável;
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora, valendo salientar que esse documento será impresso em duas vias e uma dela ficará em meu poder.
- Desta forma, uma vez lido e entendido tais esclarecimentos e por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido. Salvador, ____ de ____ de ____.

Participante: _____

Pesquisadora: _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	3 Data da notificação Código (CID10) Y09
	4 UF 5 Município de notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da ocorrência da violência Código (CNES)
	8 Nome do paciente	9 Data de nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado 12 Gestante 1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência	19 Distrito Código (IBGE)
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...) Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)
	24 Geo campo 1	25 Geo campo 2
	26 Ponto de Referência	27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	30 País (se residente fora do Brasil)	
Dados Complementares		
Dados da Pessoa Atendida	31 Nome Social	32 Ocupação
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica) 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Síndromes	
Dados da Ocorrência	38 UF 39 Município de ocorrência	40 Distrito Código (IBGE)
	41 Bairro	42 Logradouro (rua, avenida,...) Código
	43 Número	44 Complemento (apto., casa, ...)
	45 Geo campo 3	46 Geo campo 4
	47 Ponto de Referência	48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado	51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
		52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>

53 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia
 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado

54 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Intervenção legal

Tortura Negligência/Abandono Outros _____

Sexual Trabalho infantil _____

55 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/espâncamento Obj. pênfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento Outro _____

56 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros _____

57 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

58 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado

59 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a)

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Própria pessoa

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Outros _____

Cônjuge Irmão(ã) Pessoa com relação institucional

60 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado

61 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

62 Ciclo de vida do provável autor da agressão:

1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais)

2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado

63 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

64 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

65 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

66 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX

67 Data de encerramento

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

Disque-Saúde 0800 61 1997

TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100

Notificador Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____

ANEXO B



LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. (Redação dada pela Lei nº 12.288, de 2010) (Vigência)

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
José Dirceu de Oliveira e Silva