

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO
LOCAL

LUANA ZAMPROGNO

**A RELAÇÃO SAÚDE PÚBLICA E VIOLÊNCIA CONTRA AS
MULHERES: O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 10.778/03,
NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

VITÓRIA

2013

LUANA ZAMPROGNO

**A RELAÇÃO SAÚDE PÚBLICA E VIOLÊNCIA CONTRA AS
MULHERES: O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 10.778/03,
NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gilsa Helena Barcellos

VITÓRIA

2013

LUANA ZAMPROGNO

**A RELAÇÃO SAÚDE PÚBLICA E VIOLÊNCIA CONTRA AS
MULHERES: O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA LEI 10.778/03,
NO MUNICÍPIO DE CARIACICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de janeiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM.

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM.

Prof^a. Dr^a. Vanda de Aguiar Valadão
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

AGRADECIMENTOS

Chegam aqui, juntamente comigo, muitas pessoas que estiveram ao meu lado nesse período do mestrado. Alguns passaram rapidamente, mas o suficiente para contribuir com uma pequena palavra de incentivo; outros caminharam um pouco mais e estiveram ao meu lado durante todo este processo.

Por isso, agradeço

a Deus, pela fé que me move e por me conduzir em todos os momentos;

aos meus queridos e amados pais, por estarem sempre ao meu lado, pelo carinho, pela dedicação e pelo amor;

à professora e orientadora Gilsa Helena – com quem aprendi muito e por quem tenho uma enorme admiração –, pelo exemplo de seriedade e profissionalismo e pela sua dedicação e contribuição na realização deste trabalho. Obrigada pela confiança e por todas as palavras de incentivo;

aos meus amigos e amigas, pela paciência, pelo companheirismo e carinho, por todas as palavras de incentivo e oração e também pela ajuda na transcrição das entrevistas;

aos professores do Mestrado, por todo aprendizado no período do curso;

ao NUPREV de Cariacica, por disponibilizar as informações necessárias para elaboração deste trabalho;

aos técnicos do NUPREV, em especial a Cristiane e Camila, pela atenção e por estarem sempre à disposição quando eu precisava;

a todos que contribuíram com as entrevistas, em especial as integrantes do Conselho da mulher e da AMUCABULI;

à Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo – FAPES –, pela concessão da bolsa de estudos que me possibilitou a realização desse sonho;

a todos que contribuíram, de alguma forma, para a concretização deste trabalho. Sem vocês, esta jornada teria sido muito mais difícil. A todos, o meu muito obrigada!

RESUMO

Diante da complexidade que a realidade apresenta no que se refere à relação saúde pública e violência contra as mulheres, o trabalho tomou como objeto de estudo “o processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória da Violência Contra Mulheres no município de Cariacica”, o pioneiro na implantação do serviço, ou seja, a experiência que teve mais elementos a oferecer para a análise pretendida. O projeto de pesquisa que orientou esta investigação teve como objetivo geral “investigar o processo de implementação da Lei nº 10.778/2003 (Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher Atendida em Serviços de Saúde Públicos e Privados), no município de Cariacica”, e como objetivos específicos: a) resgatar, historicamente, o processo de implementação da notificação compulsória no município de Cariacica; b) identificar o papel da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência no processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher; c) elencar as iniciativas do Poder Público local para o enfrentamento da violência contra as mulheres no município; d) analisar os desafios enfrentados pela Vigilância Epidemiológica, no município de Cariacica, para a implementação da Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher. Para a realização do estudo, adotaram-se os instrumentos metodológicos da pesquisa qualitativa: revisão de literatura, pesquisa documental e pesquisa empírica ou de campo, quando foram ouvidos 14 sujeitos de pesquisa, por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise de conteúdo proposta por Bardin permitiu a leitura dos dados. Foi possível perceber, por meio da investigação realizada, que a Ficha de Notificação da Violência é uma realidade no município, sendo aplicada por alguns serviços de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Pronto-Atendimentos, Hospital Maternidade de Cariacica; que a atenção básica até agora realizou poucas notificações; que a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência existe no município, contudo apresenta muitas fragilidades, em especial a Delegacia da Mulher; que há resistência do profissional médico em participar das capacitações oferecidas pelo NUPREV; que parte dos serviços conta com uma estrutura frágil, exigindo mais investimentos material e humano; que os órgãos de controle (Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal da Mulher) têm poucas informações sobre o processo de implantação da notificação compulsória pelo município. Pretendeu-se, com este estudo, contribuir, no campo das Ciências Sociais, com

reflexões acerca do tema, bem como subsidiar a ação de profissionais e gestores da área da saúde pública que atuam com a temática violência.

Palavras-chave: Gênero. Violência contra mulheres. Políticas públicas

ABSTRACT

Face to the complexity that the reality presents about the healthcare and violence against women, this work for this reason, take as object of case study "the process of the Violence Against Women Compulsory Notification Document implementation at the Cariacica city", that was the pioneer city in the implementation of the service, and been what most took off until now, on the achievement of the service implementation. It's the experience that has had more elements to offer to the analysis that I wanted to perform. To reach the objective, the research project that guided the investigation has had as general objective: "to investigate the process of the implementation of law 10.778/2003 (Law of Compulsory Notification of Violence Against Women Attended in Healthcare Services) at Cariacica city", and as specific objectives: a) to rescue, historically, the process of the implementation of compulsory notification at Cariacica city; b) to identify the function of the Attention To The Women In Violence Situation Network in the process of the implementation of Violence Against The Woman Compulsory Notification Document; c) to list the municipal government initiatives to answer to the demands presented by the women that suffer domestic violence, from of the approval of law 10.778/2003, at the Cariacica city; d) to analyse the challenges faced by the Epidemiological Surveillance at the Cariacica city for the implementation of Violence Against The Woman Compulsory Notification Document. To the achievement of this case study, were used methodological instruments of the qualitative research: revision of literature, documentary research and empirical research, when were heard 14 research subjects (managers, health professionals and members of municipal councils), with semi-structured interviews. The analysis of content proposed by Bardin allowed the reading of the informations. The research received a letter of consent by the Health Secretary of Cariacica city and the project was approved by the Emescam Ethic Committee in Research. It was possible to realize, through the investigation achieved, that the Violence Notification Document is a reality at the Cariacica city and it has been applying by some health services, basic health units, Maternity Hospital of Cariacica city; that the basic attention has made until now a few notifications; that the Attention To The Woman in Situation of Violence Network exist at the city, but has several fragilities, especially the Woman Delegation; that there is a resistance from the professional doctor to participate of the enhancement courses offered by the NUPREV; that in the part of the services there is a fragile structure, which needs more

human and material investments; that the organizations of control (Municipal Health Council and Municipal Woman Council) have a few informations about the process of implementation of the compulsory notification by the municipal government. It wanted, with this case study, to contribute, in the Social Sciences area, with thoughts about the subject, as well as to provide the actions of healthcare professionals and managers that work with the violence theme.

Keywords: Gender. Violence against women. Public policies.

LISTA DE SIGLAS

AMUCABULI	Associação de Mulheres Unidas de Cariacica Buscando Libertação
BO	Boletim de Ocorrência
CAES	Casa Abrigo Estadual Maria Cândida
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEDAW	Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women
CEMAVIVIS	Comissão Estadual de Monitoramento e Avaliação do Atendimento à Vítima de Violência Sexual
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CF	Constituição Federal
CIE	Centro de Investigações Epidemiológicas
CIODES	Centro Integrado de Operações de Defesa Social
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COFAVI	Companhia de Ferro e Aço de Vitória
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DANTS	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
DNE	Divisão Nacional de Epidemiologia
DNEES	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
DPCA	Delegacia de Proteção a Criança e Adolescente
DPJ	Delegacia de Polícia Judiciária
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FOMES	Fórum de Mulheres do Espírito Santo
GDHSP	Gerência de Direitos Humanos e Segurança Pública

GEDIM	Gerência dos Direitos da Mulher
GGIM	Gabinete de Gestão Integrada Municipal
HIV/ AIDS	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUCAM	Hospital Cassiano Antônio de Moaes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IML	Instituto Médico Legal
LNC	Lista de Notificação Compulsória
NEVE	Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica
NUPREV	Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pronto Atendimento
PACSPSF	Programa de Agente Comunitário de Saúde da Família
PACSPSF	Programa de Agente Comunitário de Saúde da Família
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PM	Polícia Militar
PMC	Prefeitura Municipal de Cariacica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF	Programa de saúde da Família
RHAMAS	Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente
RHAMAS	Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SEDIM	Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher
SEMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SEMCIT	Secretaria Municipal de Cidadania e Trabalho
SEME	Secretaria Municipal de Educação
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde

SESP	Secretaria de Segurança Pública
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM	Secretaria de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Identificação da Localização do Município de Cariacica no Mapa do Espírito Santo.....	26
QUADRO 1 - Identificação dos Sujeitos da Pesquisa.....	33-34
GRÁFICO 1 - Número de Notificações Segundo Faixa Etária.....	63
GRÁFICO 2 - Sexo do Agressor.....	63
GRÁFICO 3 - Local de Ocorrência da Violência.....	64
GRÁFICO 4 - Tipos de Violência notificados.....	64
GRÁFICO 5 - Frequência de Notificação por Unidade Notificadora.....	65
GRÁFICO 6 - Notificação dos Casos de Violência.....	65
GRÁFICO 7 - Vínculo Entre a vítima e o Agressor.....	66
GRÁFICO 8 - Notificação dos casos de Violência.....	67
GRÁFICO 9 - Vínculo entre a vítima e o agressor.....	67
QUADRO 2 - Fluxograma de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cariacica.....	136

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS.....	23
1.1.1 O lugar da pesquisa: o município de Cariacica.....	25
1.1.2 Sujeitos de pesquisa e procedimentos metodológicos.....	31
1.1.3 A análise dos dados.....	35
1.2 Aspectos éticos da pesquisa.....	38
2 SOBRE QUESTÕES DE GÊNERO E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES.....	40
2.1 QUESTÕES DE GÊNERO.....	40
2.2 VIOLÊNCIA COMO EXPRESSÃO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO.....	49
2.2.1 Conceituando violência.....	49
2.2.2 Violência contra as mulheres.....	54
2.2.2.1 Violência contra as mulheres no Espírito Santo.....	60
2.2.2.2 Violência contra as mulheres no município de Cariacica.....	61
2.3 A RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E O PROCESSO DE ADOECIMENTO DE MULHERES.....	68
3 A SAÚDE PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: A LEI Nº 10.778/2003.....	77
3.1 O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS?.....	77
3.2 O ESTADO NEOLIBERAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	79
3.3 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PARA AS MULHERES.....	83
3.3.1 Conferências internacionais e os direitos humanos das mulheres.....	83
3.3.2 Políticas públicas de saúde para as mulheres.....	91
3.4 A LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONTEXTO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	99
3.4.1 Aspectos históricos do surgimento do sistema de vigilância epidemiológica no Brasil.....	99
3.4.2 Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.....	103
3.4.3 A Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher: Lei nº 10.778/2003.....	106

3.4.3.1 Alguns desafios para a execução da Lei de Notificação Compulsória.....	109
3.4.3.2 A importância da rede para a implementação da Notificação Compulsória.....	112
4 A IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE CARIACICA, ESPÍRITO SANTO.....	117
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO DE CARIACICA.....	117
4.2 O FLUXO DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DENTRO DA REDE E O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE CARIACICA.....	125
4.2.1 Notas sobre a rede.....	125
4.2.2 A notificação e o fluxo dos casos de violência contra mulheres em Cariacica.....	131
4.3 DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	140
4.3.1 - A atuação do profissional de saúde como possibilidade e como limite à Notificação Compulsória da Violência contra Mulheres.....	141
4.3.2 – Desafios em relação aos serviços da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência.....	152
4.4 INICIATIVAS DO PODER PÚBLICO LOCAL PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM CARIACICA.....	161
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICES.....	183
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para Gestores Municipais de Políticas Públicas de Saúde Para as Mulheres.....	184
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para Gestor Estadual de Saúde (Secretaria Estadual de Saúde).....	187
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para Integrantes do Conselho Municipal de Saúde.....	189
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para a Gerência de Direitos da Mulher de Cariacica.....	191
APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para Profissionais de Saúde – Pronto Atendimento de Itacibá.....	195

APÊNDICE F - Roteiro de Entrevista Semiestruturada Para Integrantes da Associação de Mulheres, Para Representantes do fórum de mulheres do Estado do Espírito Santo e para o Conselho Municipal da Mulher.....	197
APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	199-200
ANEXOS.....	201
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	202-203
ANEXO B - Carta de Anuência.....	204
ANEXO C - Carta de Autorização.....	205
ANEXO D - Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.....	206-207

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema violência e saúde da mulher surgiu pelo fato de, no decorrer do Curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), eu ter realizado um breve estudo sobre essa temática, o que me estimulou a adotar o tema para o Trabalho de Conclusão de Curso, possibilitando-me ampliar o nível de conhecimento acerca do assunto. No entanto, quanto mais informação eu obtinha, mais inquietações teórico-políticas surgiam, por diversos motivos: um deles é que o autor da violência não preenche critérios predeterminados, ou seja, a violência contra as mulheres pode ser cometida por pessoas *acima de qualquer suspeita*, a exemplo de denúncias que envolvem, por exemplo, pastores, militantes da área de direitos humanos, entre outros (BARCELLOS, 1998). A esse respeito, dizem, ainda, pesquisadores que investigam o assunto: “Este é um dos fenômenos mais ‘democráticos’, porque afeta as mulheres independente da sua cor, etnia, religião, idade e classe social.” (BARCELLOS, 1998, p. 39)

Também me instiga o assunto pelo fato de eu conhecer pessoas vítimas de violência doméstica e por ser um tema recorrente nos meios de comunicação social no Brasil, o que nos coloca diante de um paradoxo: mulheres, cada vez mais, ocupando o mundo do trabalho, conquistando autonomia financeira, tornando-se chefes de família, de um lado; do outro lado, continuam sendo vítimas de violência, haja vista dados divulgados no Anuário das Mulheres Brasileiras (DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICO, 2011), que afirma que quatro em cada dez mulheres brasileiras já foram vítimas de violência doméstica, e no Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2010; 2011; 2012), revelando que a violência contra a mulher continua sem registrar queda: “Considerando estatísticas dos 27 estados, o número de assassinatos de mulheres está estacionado no mesmo patamar há mais de uma década: em 2008, houve 4,17 assassinatos para cada cem mil mulheres” (MALTCHIK, 2011, p. 1). No ano de 2008, as mortes violentas de mulheres em todo o país somaram 4.023. “Quase metade dos homicídios ocorre dentro de casa: 40%. No caso dos homens, apenas 17% dos assassinatos foram registrados na residência ou habitação. Dado que reforça a violência doméstica como a principal causa dos incidentes fatais” (WAISELFISZ, apud MALTCHIK, 2011, p. 1), levando-nos a acreditar que a autonomia econômico-financeira não constitui critério de exclusão de mulheres do rol das vítimas de violência doméstica (BARCELLOS, 1998).

Durante o tempo em que investiguei, juntamente com uma colega, as políticas de saúde para as mulheres vítimas de violência no município de Vitória, um dos fatos que me causaram inquietação foi a total ausência de participação da saúde pública na rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e a constatação de como isso compromete o funcionamento dessa rede, limitando consideravelmente a ação e o resultado do trabalho em rede (OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010). Também, por outro lado, muitas mulheres vítimas desconhecem os seus direitos e acabam por não cobrar os serviços necessários ao seu atendimento.

É sabido que a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende a saúde, não somente como ausência de doenças, mas, sobretudo, como um completo bem-estar físico, mental e social. Corroborando a ideia de saúde da OMS, a violência, para a saúde pública, no Brasil, é definida, segundo a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*, como um fenômeno representado por ações humanas, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem (BRASIL, 2001a). A violência constitui um grave problema de Saúde Pública, uma epidemia que afeta as sociedades de maneira geral, sendo, no Brasil, a primeira causa de morte na faixa etária de 14 a 24 anos.

No rol das violências que afetam a dignidade e a saúde humanas está a violência contra as mulheres. Nesse sentido, a violência afeta todas as dimensões da vida de uma mulher, constituindo, mundialmente, fator de seu sofrimento e adoecimento, comprometendo o seu bem-estar e subtraindo-lhe o direito à felicidade.

Diante disso, os movimentos feministas iniciaram uma luta e, por isso, diversos tipos de maus-tratos cometidos contra as mulheres, muitas vezes considerados naturais, passaram a ser reconhecidos pelos organismos internacionais e nacionais como violência e violação dos direitos humanos.

A incorporação da violência contra as mulheres pela agenda da saúde pública no mundo tem se dado de forma bastante diferenciada. Os países signatários de tratados e pactos internacionais têm assumido a responsabilidade de implementar mecanismos de prevenção e de enfrentamento da violência contra as mulheres nas diversas áreas.

No Brasil, registra-se o funcionamento de equipamentos públicos desde meados da década de 1980, particularmente no que se refere aos equipamentos na área da segurança pública, tais como delegacias especializadas de atendimento às mulheres vítimas de violência, SOS Mulher e casas abrigos para atender as vítimas em risco de morte e seus filhos. No entanto, tais políticas não atingiam todo o território nacional e a sua ação era caracterizada pela fragilidade técnica e por poucas condições materiais.

Buscando responder às exigências impostas pela legislação internacional da qual o Brasil é signatário, novas políticas foram elaboradas, buscando envolver a saúde pública e a privada. Além da necessidade de os serviços de saúde se capacitarem para assistir mulheres em situação de violência, constatou-se a importância do reconhecimento do problema em termos epidemiológicos, buscando estabelecer estratégias de controle. “Com essa intenção vem se estabelecendo no Brasil o Sistema de Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher.” (BRANDÃO, 2010, p. 1)

A promulgação da Lei nº 10.778 em 24 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003a), lei que institui a Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher e determina ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de instrumento de coleta e sistematização da informação sobre a temática – significou um avanço importante não somente para o maior comprometimento da Saúde no enfrentamento do problema, mas, sobretudo, porque os dados coletados podem contribuir para a prevenção e a elaboração de novas políticas públicas.

A Lei nº 10.778/2003, estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2003a). Determina, ainda, no seu art. 2º, que a autoridade sanitária deverá proporcionar as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento da Lei. No seu art. 5º, afirma que a inobservância das obrigações nela estabelecidas constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis. O texto da Lei nº 10.778 determina ainda que, para o processo de notificação, deverão ser considerados os preceitos já estabelecidos pela Lei nº 6.259/75. Essa lei dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências (BRASIL, 1975).

A Lei nº 10.778/2003 foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 5.099/2004 (BRASIL, 2004b) e pela Portaria GM/MS nº 2.406/2004 (BRASIL, 2004c), que institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. No entanto, a regulamentação parece não ter produzido efeito, o que levou, mais recentemente, o governo federal a editar a Portaria nº 104, publicada no dia 26 de janeiro de 2011, no *Diário Oficial da União* (BRASIL, 2011a). Com isso, o Ministério da Saúde atualizou a Lista de Notificação Compulsória (LNC), tornando obrigatória a notificação pelos profissionais de saúde dos casos de violência doméstica ou violência sexual que atenderem ou identificarem.¹ Atualmente, a Lista de Notificação Compulsória (LNC) é composta por doenças, agravos e eventos selecionados de acordo com critérios de magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle e compromissos internacionais, com programas de erradicação, entre outros critérios. “Com a inclusão dos casos de violência doméstica, sexual e outras formas de violência, a relação da Lista de Notificação Compulsória passa a contar com 45 itens”² (CONSELHO..., 2011, p. 1), “Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, 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.” (BRASIL, 2011a, p. 1)

Além da cultura do não cumprimento das legislações existentes no Brasil, de acordo com Brandão (2010), as dificuldades de se produzirem informações fidedignas da amplitude desses agravos são inúmeras, e entre elas estão: a falta de preparo profissional para identificar, nos seus diagnósticos, a violência como causa da doença; a natureza burocrática dos sistemas de

¹ Segundo a Lei Maria da Penha, a violência sexual pode ser caracterizada como violência doméstica se for praticada por alguém que estabeleça relação afetiva e/ou familiar com a vítima, mas, quando praticada por outros (ex: estranhos), é compreendida como violência de gênero ou violência contra mulheres, não sendo concebida como violência doméstica.

² São eles: acidentes por animais peçonhentos; atendimento antirrábico; botulismo; carbúnculo ou antraz; cólera; coqueluche; dengue; difteria; doença de Creutzfeldt-Jakob; doença meningocócica e outras meningites; doença de Chagas aguda; esquistossomose; eventos adversos pós-vacinação; febre amarela; febre do Nilo Ocidental; febre maculosa; febre tifóide; hanseníase; hantavirose; hepatites virais; infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV, em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; influenza humana por novo subtipo; intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); leishmaniose tegumentar americana; leishmaniose visceral; leptospirose; malária; paralisia flácida aguda; peste; poliomielite; raiva humana; rubéola; sarampo; sífilis adquirida; sífilis congênita; sífilis em gestante; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids; síndrome da rubéola congênita; síndrome do corrimento uretral masculino; síndrome respiratória aguda grave associada ao coronavírus (SARS-CoV); tétano; tuberculose; tularemia; varíola; e violência doméstica, sexual e/ou outras violências. (CONSELHO..., 2011, p. 1)

informação, exigindo conhecimentos técnicos especializados e desconhecidos por grande parte dos profissionais que atuam nos serviços de saúde; o descrédito nas instituições públicas por parte das vítimas, levando-as a desacreditar que as suas informações poderão alterar o quadro de violência vivenciado.

Segundo o autor, o tema fica ainda mais complexo quando se discute a atuação de determinados serviços públicos em rede. Afirma ele: “A noção de rede de serviços propõe a integração de instituições, contudo as modificações institucionais envolvem determinações de natureza política e cultural ainda [não] inteiramente compreendidas ou controláveis.” (BRANDÃO, 2010, p. 1)

Nesse sentido, Jaramillo e Uribe (apud SALIBA et al., 2007) observaram que as grades curriculares dos cursos da área de saúde – seja de graduação, seja de programas de educação continuada – não contemplam aspectos relacionados com a violência. Por isso, profissionais de saúde estariam despreparados para oferecer “[...] uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas. O despreparo do profissional em lidar com as vítimas que recorrem ao seu serviço se deve possivelmente ao desconhecimento acerca de como proceder frente a esses casos” (SALIBA et al., 2007, p. 473). Também observam os autores a ausência de mecanismos institucionais e jurídicos de proteção ao profissional de saúde. Escrevem eles:

Além disso, existem vários entraves à notificação no Brasil, como escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional. Os casos notificados apresentam grande importância, pois é por meio deles que a violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas voltadas à sua prevenção. (SALIBA et al., 2007, p. 473)

A notificação dos casos de violência contra as mulheres possibilitará, além do desvelamento do seu perfil epidemiológico, a elaboração de novas políticas públicas e a ampliação das já existentes.

Quando se discute a violência contra as mulheres no Brasil, o Espírito Santo tem se destacado pelas taxas elevadíssimas de homicídios. Por causa da gravidade da violência contra as mulheres são exigidas ações mais incisivas do Estado capixaba, inclusive na área da saúde.

Diante dos dados divulgados pelos Mapas da Violência elaborados por Waiselfisz (2010, 2011 e 2012), que colocam o estado capixaba como aquele que lidera o ranking nacional de

homicídios de mulheres, a notificação compulsória da violência contra as mulheres pelos serviços de saúde no Espírito Santo apresenta-se como medida fundamental para a elaboração de estratégias de enfrentamento do problema. No entanto, observa-se pouca iniciativa por parte de alguns setores dos poderes públicos locais para a viabilização da notificação.

Entre os municípios brasileiros elencados pelo Ministério da Saúde para implantar a lei de notificação compulsória, estão Vitória, Vila Velha, Serra, Colatina e Cariacica. Desses, o que mais tem conseguido avançar na implementação da política de notificação é Cariacica, que já tem implantada a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e o fluxo de atendimento.

Diante da complexidade que a realidade apresenta no que se refere à relação saúde pública e violência contra as mulheres, o presente trabalho teve como intuito compreender o processo de implementação da Lei nº 10.778/2003. Para tanto, tomou como objeto de estudo “o processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória da Violência Contra Mulheres no município de Cariacica”, que foi o município pioneiro na implantação do serviço, sendo o que mais deslanchou até o momento, na efetivação da notificação, ou seja, é a experiência que teve mais elementos a oferecer para a análise que se pretendeu realizar.

O projeto de pesquisa que orientou a realização da presente investigação teve como objetivo geral: *investigar o processo de implementação da Lei nº 10.778/2003 (Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher Atendida em Serviços de Saúde Públicos e Privados), no Município de Cariacica.*

O projeto teve como objetivos específicos:

- a) resgatar, historicamente, o processo de implementação da notificação compulsória no Município de Cariacica;
- b) identificar o papel da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência no processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher;
- c) elencar as iniciativas do Poder Público Local para o enfrentamento da violência contra as mulheres no município de Cariacica;

- d) analisar os desafios enfrentados pela Vigilância Epidemiológica no município de Cariacica para a implementação Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher.

Esse estudo foi organizado da seguinte forma: no primeiro capítulo, introduzi o tema, externei as minhas justificativas e detalhei a metodologia. No segundo capítulo, discuti a categoria gênero e as suas interfaces com a violência e a saúde da mulher. No terceiro capítulo, falei sobre o surgimento das políticas públicas para as mulheres e o papel do movimento feminista nesse processo histórico. Contextualizei a adoção da notificação compulsória da violência, pela Vigilância Epidemiológica, no Brasil, a partir da promulgação da Lei nº 10.778/2003, bem como a instituição dos Núcleos de Prevenção à Violência. No quarto capítulo, apresentei e analisei os dados coletados tomando como referência o método de análise de conteúdo proposto por Bardin.

Pretendi, com este estudo, expressar o meu desejo de me somar àqueles e àquelas que se indignam com a violência e desejam contribuir, no campo das Ciências Sociais, com reflexões acerca do tema. Desejo que este trabalho possa subsidiar a ação de profissionais e gestores da área da saúde pública como um todo.

Também busquei contribuir para ampliar os estudos teóricos sobre as interfaces gênero, violência e saúde no Serviço Social. O assistente social tem tido, cada vez mais, um papel importante no enfrentamento da violência contra a mulher, seja no que se refere à prevenção, seja em ações de assistência à mulher vítima. O Serviço Social atua junto às redes de atendimento existentes, inclusive na área da saúde, contribuindo para a promoção dos direitos humanos das mulheres. Dessa forma, quanto mais subsídios esses profissionais tiverem, mais condições terão para melhorar a sua ação profissional.

1.2 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

Introduz-se este item recuperando Pedro Demo (1995). Este escreve que não acredita na neutralidade da pesquisa, no entanto, aposta no rigor científico da mesma, que deve ser garantido tanto pela postura ética do pesquisador quanto pela adoção de metodologias adequadas ao levantamento das informações necessárias sobre o objeto investigado.

O método científico caracteriza-se pela escolha de procedimentos sistemáticos para descrição e explicação de uma determinada situação sob estudo e sua escolha deve estar baseada em dois critérios básicos: a natureza do objetivo ao qual se aplica e o objetivo que se tem em vista no estudo (FACHIN, 2006).

Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório. Segundo Haguette (2000, p. 63), “Os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser”. Por meio do estudo exploratório, procura-se conhecer um determinado evento/fenômeno com profundidade. Ao mesmo tempo, o estudo do tipo exploratório deve proporcionar uma visão geral sobre o objeto estudado, por isso, “Esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e tornar-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (GIL apud RAUPP; BEUREN, 2003, p. 80). Também para Raupp e Beuren (2003), o estudo exploratório deve ser utilizado quando há pouco conhecimento sobre o objeto a ser estudado, isto é, deve envolver temas com pouco ou nenhum estudo anterior a seu respeito. Esse tipo de estudo busca familiaridade ou uma nova percepção do fenômeno a ser investigado. Nesse sentido, estudos sobre o processo de implementação da Lei nº 10.778/03 no Brasil são raros; no Espírito Santo e no município de Cariacica, inexistentes. Este fato pode ser explicado pelas iniciativas recentes do governo federal em efetivar a Lei no território nacional. No Espírito Santo, o processo se iniciou em 2009, em Cariacica, as primeiras iniciativas são registradas em meados desse mesmo ano, revelando que a implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, sexual e/ou Outras Violências Contra a Mulher ainda se processa nos serviços daquele município, explicando porque nenhum pesquisador capixaba pesquisou o assunto.

Para a realização desta investigação do tipo exploratório, adotaram-se a revisão bibliográfica, a pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, indo ao encontro daquilo afirmado pela

literatura quando sugere como procedimentos metodológicos para a realização do estudo exploratório o levantamento bibliográfico e a necessidade de se ouvir pessoas que estabelecem relação ou têm experiências concretas com objeto a ser investigado. Nesse caso, foram ouvidos os profissionais, gestores e integrantes da sociedade civil que, de forma direta ou indireta, participaram do processo de implantação da Ficha de Notificação pelos serviços do município.

Para a revisão bibliográfica, foram consultados artigos, livros, revistas. Também foram utilizadas as bases de dados do Lilacs, Scielo, Medline, Acervo da Organização Mundial da Saúde, Acervo da Organização Pan-Americana de Saúde, Acervo da Biblioteca do Ministério da Saúde, Acervo disponível no *site* da Secretaria Nacional de Políticas Para as Mulheres, Acervo da Biblioteca Nacional de Saúde Pública, Coleção Nacional das Fontes de Informação do SUS.

No que se refere à pesquisa documental, foram consultados documentos relacionados ao tema, tendo como fontes de informação os bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Políticas Para as Mulheres, pela Secretaria Estadual de Saúde e Instituto Jones dos Santos Neves. Foi estudada a legislação que faz referência à notificação compulsória da violência contra as mulheres, tais como: Lei 6.259/75, Lei nº10.778/2003. Decreto-Lei nº 5.099/2004, Portaria GM/MS 2.406/2004, Portaria nº 104/2011, Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres; Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006). Foram analisados os Relatórios de Gestão de 2010, 2011 e 2012 de Cariacica, e os bancos de dados organizados pelo município sobre violência contra as mulheres.

Em seguida, foi realizada a pesquisa empírica. Para tal, foram feitas oito entrevistas semiestruturadas: cinco individuais e três coletivas, totalizando quatorze entrevistados. Tais entrevistas exigiram a elaboração de roteiros (APÊNDICES A, B, C, D, E, e F), que permitiram maior direcionamento durante as entrevistas com perguntas fundamentais pertinentes ao assunto a ser pesquisado, entretanto, sem cercear os entrevistados. Tais roteiros não impediram que surgissem outras questões nos momentos das entrevistas.

Para Haguette (2000, p. 86), “A entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Esta técnica enriquece a pesquisa e que se dá

por meio de informações da vivência do pesquisador ou de pessoas que conhecem e vivenciam o tema.

Essas entrevistas foram realizadas com gestores municipais de políticas públicas de saúde para mulheres, com gestores responsáveis pela implementação da notificação compulsória no município de Cariacica e com profissionais de saúde, com vistas a levantar fatos que marcaram o processo histórico de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, bem como elencar os desafios enfrentados pelo município para a realização da notificação. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas com representantes da sociedade civil que integram o Conselho Municipal de Saúde e com representantes do Conselho Municipal da Mulher, que também pertencem a organizações municipal e estadual de mulheres, com a finalidade de obter a sua avaliação acerca das iniciativas do município para implementação da Lei nº 10.778/03 (BRASIL, 2003).

1.1.1 O lugar da pesquisa: o município de Cariacica

Cariacica localiza-se na Região Metropolitana de Vitória, possui uma área de 279,98 km², sendo que mais da metade é rural. O município faz fronteira com:

Serra e Santa Leopoldina ao Norte, Viana ao Sul, Vitória e Vila Velha ao Leste e Domingos Martins e Viana ao Oeste. De extrema importância logística, o município está às margens de duas rodovias federais: a BR 101 e a BR 262, da Rodovia Estadual ES 080, além de duas ferrovias – a Estrada de Ferro Vitória a Minas e a Estrada de Ferro Santa Leopoldina. (CARIACICA, 2011, p. 20)

Figura 1 – Identificação da localização do Município de Cariacica no Mapa do Espírito Santo



Fonte: Mapa (2012)

O Município de Cariacica foi oficialmente instalado no dia 30 de dezembro de 1890, porém, antes desse período a localidade já era chamada pelos nativos de Cariacica. Seu nome significa em língua indígena “chegada do branco”. Seus primeiros habitantes foram os indígenas. Com a chegada dos portugueses e, depois, da mão-de-obra escrava vinda da África, começou-se a conformar um outro perfil populacional. Foi daí que surgiram os primeiros engenhos e fazendas espalhadas pela região.

No século XVII os Jesuítas chegaram ao município e com o passar do tempo foram responsáveis por expandir o catolicismo e pela construção das primeiras escolas na região. Uma construção importante no município foi a Igreja Matriz dedicada a São João Batista, padroeiro da cidade. Sua construção iniciou em 1839 e foi finalizada em 1851, por causa dela, Cariacica comemora seu aniversário no dia 24 de junho (CARIACICA, 2011).

Em 1829, Cariacica recebeu os primeiros imigrantes, os pomeranos, em função da construção da estrada que liga Itacibá a Minas Gerais (CARIACICA, 2011). Na década de 1960, chegaram os italianos e seus descendentes em busca de trabalho e aos poucos foram instalando fábricas e pontos comerciais na região de Cariacica (CARIACICA, 2011).

Por causa de toda essa diversidade étnica, é possível identificar as suas variadas manifestações culturais na gastronomia, na religião e na dança, a exemplo das danças italianas e do congo – manifestação cultural e religiosa de influência africana, “Portanto, podemos dizer que, indubitavelmente, os cariaciquenses têm sua base étnica a partir da miscigenação entre índios, brancos e negros.” (CARIACICA, 2011, p. 10)

No que tange à economia, Cariacica, que inicialmente tinha a sua economia basicamente atrelada à produção rural no século XVII, com o passar do tempo, na década de 60, o município diversifica as suas atividades também assumindo relevância a comercialização e o transporte de mercadorias para a capital. Dessa forma, Cariacica foi tomando um lugar importante na economia da Grande Vitória.

Alguns marcos foram de grande importância para o crescimento econômico do município, dentre eles está a estrada de Ferro Vitória-Minas, uma Ferrovia que liga o Estado do Espírito Santo à Minas Gerais. Sua construção foi iniciada ainda no final do século XIX, após a chegada dos pomeranos e alemães. Considerada entre as ferrovias brasileiras a que se apresenta com maior volume de transportes. Essa ferrovia teve seu primeiro trecho inaugurado em 1904.

O projeto dessa estrada iniciou-se pela região de Itacibá e teve como principais objetivos escoar a produção agrícola para o interior do Estado e trazer de Minas Gerais o que seria exportado pelo porto de Vitória. Em face do panorama que se estabelecia, surgiu a demanda da criação de dois portos em Cariacica: o de Porto Velho e o de Cariacica (sede). Além disso, fez-se necessário proporcionar toda a infraestrutura essencial (almoxarifados, oficinas e armazéns) para que os produtos fossem escoados. (CARIACICA, 2011, p. 12)

Em 1906, com a construção em andamento do Porto de Vitória, tem-se a necessidade de transporte de produtos do município para o novo porto. Sendo assim, em 1910 é projetada a Ponte Florentino Avidos, mais conhecida como “Cinco Pontes”, “[...] que ligou a ilha de Vitória ao continente e melhorou a qualidade de vida dos moradores ao proporcionar maior mobilidade à população, desviou o crescimento do município do campo para a cidade e deu espaço para o início da interação urbano rural” (CARIACICA, 2011, p. 12). Entre idas e vindas, paralisações e trocas de empresas responsáveis para a construção da ponte, em 27 de junho de 1928, a ponte foi inaugurada.

Nas décadas de 40 e 50, houve um crescimento da área urbana de Cariacica, devido aos projetos de instalação de indústrias como a Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) e a Companhia de Ferro e Aço de Vitória (COFAVI), “Elas foram construídas em terrenos que hoje fazem parte do bairro Jardim América, que no passado foi uma imensa fazenda e se desenvolveu como bairro a partir da instalação dessas duas empresas” (CARIACICA, 2011, p. 14), estimulando uma mobilidade geográfica da população dentro do município para bairros nos entorno dos empreendimentos, como também o estímulo ao fluxo migratório vindo de outros municípios e estados. Dessa forma, a população passou a se deslocar da área rural para a área urbana em busca de trabalho, uma vez havia se abatido uma crise sobre o cafeeiros, por causa do excesso de produção, reduzindo consideravelmente a demanda de café brasileiro pelo mercado internacional. O processo de urbanização da população de Cariacica apresentou novas demandas para os empreendimentos e para o estado e a prefeitura:

Isso fez com que as mesmas precisassem investir em infraestrutura básica para os trabalhadores, tais como habitação, transporte e alimentação. Mesmo assim, Jardim América, como a maioria dos bairros de Cariacica, cresceu sem o planejamento devido e tem limitações de infraestrutura, o que faz com que nem todo o seu potencial seja explorado. (CARIACICA, 2011, p. 15)

Apesar de todo investimento no setor industrial em Cariacica, foi nas cidades ao redor, Vitória e Serra, que se concentraram as grandes indústrias. Entre os anos de 1967 e 1970, com a construção do Porto de Tubarão em Vitória, Cariacica começou a perder sua importância industrial. Diante desse cenário, Cariacica passou a ter altas taxas de desemprego e, concomitantemente a isso, um grande exército industrial de reserva, o que desencadeou no crescimento desordenado do município na área urbana e na formação de favelas, refletindo assim na saúde e qualidade de vida de seus moradores.

O impacto social e ambiental causado nessa época tomou proporções tão elevadas que as consequências, tão eminentes no presente, são devastadoras: irrupção da violência, falta de infraestrutura básica (abastecimento de água, saneamento básico, atendimento médico, transporte e acesso à educação) e miséria decorrente da diminuição da produção rural sem que as devidas condições tivessem sido criadas para o desenvolvimento urbano. Cariacica passou a ser vista, então, como “o espaço dos rejeitados”. (CARIACICA, 2011, p. 16)

Cariacica enfrentou também longos anos de corrupção e uma trajetória política que atrasou e prejudicou, consideravelmente, o desenvolvimento do município. Apesar dessa trajetória, Cariacica vem tomando novos rumos e ampliando seus recursos sociais, políticos e

econômicos ao longo dos anos, no entanto, ainda assim, não apresenta um nível de desenvolvimento muito elevado.

Na condição de periferia, tem numerosos loteamentos de baixa renda mal infraestrutura dos, com os conseqüentes problemas habitacionais e urbanísticos para a gestão municipal. Tem configurados diversos sub-centros, como Itacibá, Jardim América, Bela Aurora e Porto de Santana, todavia o mais importante é Campo Grande, que constitui o segundo maior centro comercial da Região Metropolitana. (ROMANELLI, 2007, p. 3)

De acordo com o Instituto Jones dos Santos Neves (2011), Cariacica possui 348.738 habitantes, é o terceiro município do Estado do Espírito Santo com a maior densidade demográfica: 1.245,6 hab/km², sendo que a maioria da sua população, 52,46% é jovem, com idade até 29 anos, e 51,26% são do sexo feminino.³

De acordo com o Relatório de Indicadores Municipais, no que se refere aos níveis de pobreza no município de Cariacica, com base no censo demográfico de 2010, 90,2% estão acima da linha da pobreza, 6,0% estão entre a linha da pobreza e a indigência e 3,8% estão abaixo da linha da indigência, essa última parcela da população possui renda *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo (ACABAR..., 2012).

Quanto à inserção de homens e mulheres no mercado de trabalho formal no município de Cariacica, em 2011, constatou-se que a mulher representou 37,8% da totalidade dos trabalhadores do município. Tal dado sugere que as mulheres estão, em sua maioria, inseridas em relações informais de trabalho, significando que elas contam com menor proteção no que tange aos seus direitos sociais e trabalhistas. Quando se trata do salário recebido, o salário feminino chega a um percentual médio de 87,4% do valor recebido pelos homens (IGUALDADE..., 2012).

No que tange aos níveis de escolaridade entre homens e mulheres, em 2006, no ensino fundamental, havia 100 meninas para cada 104 meninos. No ensino médio, essa realidade muda e passa a ter 113 meninas para 100 meninos (IGUALDADE..., 2012).

De acordo com dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), no que se refere à quantidade de estabelecimentos escolares, Cariacica conta com 147 (cento e

³ Não foram encontrados mais dados sobre o perfil populacional de Cariacica na literatura e nem em banco de dados oficiais.

quarenta e sete) estabelecimentos escolares de nível fundamental, 91 (noventa e um) pré-escolas e 35 (trinta e cinco) escolas de nível médio. Em 2010, boa parte das crianças, 16,8%, de 7 a 14 anos, não estava frequentando a escola e 20,6% encontravam-se com idade superior ao recomendado (EDUCAÇÃO..., 2012).

No que se refere aos estabelecimentos públicos de saúde, Cariacica não tem nenhum estabelecimento de saúde de nível federal. Quanto aos estabelecimentos de saúde estaduais, existe no município 2 hospitais, 1 Centro de Especialidades (Cre - Metropolitano) e 2 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS). No que tange aos estabelecimentos de saúde municipal, existem 32 Unidades Básicas de Saúde, 4 Prontos-Atendimentos e 1 Centro de Referência DST/AIDS. Cariacica também possui 52 estabelecimentos de saúde privados, entre clínicas, laboratórios e Hospitais (CARIACICA, 2011a).

No que se refere às principais causas de internação entre os munícipes de Cariacica, segundo dados do Ministério da Saúde, constata-se que no período de janeiro a outubro de 2012a maior parte das internações ocorreu por Gravidez parto e puerpério com 4.389. As doenças do aparelho circulatório também foram responsáveis por um grande número morbidades e internação dos os munícipes de Cariacica, totalizando 1.893 internações, sendo que, 780 eram do sexo masculino e 1.113 do sexo feminino. Em seguida estão as neoplasias (tumores) com um total de 1.479 internações, sendo 644 homens e 835 mulheres, e as Lesões, envenenamentos e outras consequências por causas externas acometeram 898 homens e 463 mulheres, atingindo um total de 1.361 munícipes.

Percebe-se em todos os casos, com exceção das causas externas, que a mulher cariaciquense é a mais atingida pelas causas de morbidade.

Quanto às causas de mortalidade, a causa morte mais comum entre os cariaciquenses no ano de 2012 ocorreu em decorrência das Doenças do aparelho circulatório, sendo acometidos por essa doença 268 homens e 256 mulheres. As neoplasias também contribuem para um alto índice de mortalidade acometendo 293 pessoas, sendo 163 homens e 130 mulheres.

Quando se trata de mortes por causas externas, envolvendo acidentes, homicídios e suicídios, tem-se também um número bem expressivo totalizando 433 mortes entre homens e mulheres,

sendo os homens as maiores vítimas com um número de 366 mortes por causas externas e as mulheres com 67 (BRASIL, 2012).

1. 1. 2 Sujeitos de pesquisa e procedimentos metodológicos

Os critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa foram: no caso dos profissionais e gestores, que atuassem nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência no município de Cariacica, que tivessem participado do processo de implantação da Lei nº 10.778/03; no caso da profissional que atua no Estado: ela foi escolhida porque coordenou todo o processo de implantação da Ficha de Notificação nos diversos municípios capixabas e teve uma presença ativa no processo em Cariacica. Quando contatada, ela aceitou prontamente participar da pesquisa. Com relação aos conselheiros, os critérios foram: que fossem representantes da sociedade civil junto ao Conselho Municipal de Saúde ou ao Conselho Municipal da Mulher. Com relação às conselheiras do Conselho Municipal da Mulher, que também atuassem em organizações de mulheres. Foram critérios comuns a todos os entrevistados: que tivessem mais de 18 anos e que aceitassem participar da pesquisa.

No Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NUPREV), foram realizadas duas entrevistas. Uma entrevista foi feita com a técnica Violeta, que atualmente encontra-se como coordenadora da Vigilância Epidemiológica, porém quando houve a implantação da Ficha de Notificação, Violeta era coordenadora do Núcleo de Prevenção a Violência e, por isso, sua entrevista contribuiu de forma significativa para uma melhor compreensão do processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência no município de Cariacica.

A outra entrevistada, também técnica do NUPREV, foi Orquídea. Orquídea é enfermeira e trabalha no NUPREV desde novembro de 2011, atualmente é a única responsável pelo Núcleo de Prevenção a Violência. Acompanha os casos de violência que chegam até o NUPREV, investiga e dá encaminhamentos, conforme a necessidade dos casos notificados. O NUPREV de Cariacica tem como compromisso a elaboração de políticas de saúde e a criação de ações de prevenção para a diminuição da morbimortalidade causada por acidentes e violências (CARIACICA, 2011).

Ao entrevistar as duas técnicas do NUPREV, percebeu-se a necessidade de realizar uma entrevista com algum técnico da Gerência dos Direitos da Mulher (GEDIM), sendo esse equipamento um dos que mais notificam a violência contra a mulher, revelando que em alguns municípios a ficha tem sido preenchida não somente por serviços de saúde. Na GEDIM, a entrevistada foi a Assistente Social Rosa, que trabalha na Gerência de Direitos da Mulher desde 2009 e está como Gerente da GEDIM desde 2011. A GEDIM funciona como um centro de referência de atendimento às mulheres vítimas de violência, uma vez que não existe no município um Centro de Referência específico.

Outra entrevistada que foi determinante para que se pudesse compreender o processo de implantação da Lei de Notificação em Cariacica foi a entrevistada Margarida. Ela é assistente social e atualmente trabalha na Secretaria de Estado da Saúde (SESA), no setor de Vigilância Epidemiológica. Ela faz parte do grupo da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, composto por quatro grandes grupos: os cânceres, as doenças cardiovasculares, doenças por causas externas e os fatores de risco. Margarida é responsável pelo grupo de trabalho da vigilância que está relacionado às causas externas e que diz respeito a todos os acidentes e violências.

Foram também entrevistados técnicos do Pronto Atendimento de Itacibá. Foi uma entrevista coletiva, onde estavam presentes um médico, um enfermeiro, um assistente social, os quais foram identificados respectivamente por entrevistado 10, entrevistado 11 e entrevistado 12. A entrevista coletiva fez-se necessária por causa da elevada quantidade de atendimentos diários que estes profissionais realizam. Dessa forma, foi sugerido por eles mesmos que a entrevista fosse grupal.

Foram entrevistados, também, representantes da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica. Eles foram identificados por entrevistada W, entrevistado X, entrevistado Y, entrevistada Z.

Para maior enriquecimento da pesquisa, além dos representantes da sociedade civil que compõem o Conselho Municipal de Saúde, foi entrevistada também uma enfermeira, que recebeu o nome fictício de Jasmim, ela também participa do Conselho Municipal de Saúde. Neste, ela representa os trabalhadores da saúde do município de Cariacica.

Por último, foram entrevistadas as integrantes do Conselho Municipal da Mulher e que foram identificadas por Entrevistadas 1 e 2. As duas. Além de participarem do Conselho, integram a Associação de Mulheres Unidas de Cariacica Buscando Libertação (AMUCABULI), entidade que existe desde a década de 1980 e articula diversos grupos de base de mulheres existentes nos bairros de periferia do município, e do Fórum de Mulheres do Espírito Santo (FOMES), organização estadual de mulheres que tem como função articular lutas conjuntas dos diversos movimentos e organizações estaduais de mulheres ligadas à Igreja, a Partidos Políticos, a sindicatos e centrais sindicais, a feministas autônomas, a organizações populares, camponesas, indígenas e quilombolas de mulheres.

Tanto a escolha quanto o acesso aos profissionais entrevistados foram mediados pelas profissionais que atuam no Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de Cariacica (NUPREV). Os representantes da sociedade civil foram identificados pela pesquisadora, que compareceu às reuniões dos órgãos e, depois de algumas conversas, identificou os sujeitos de pesquisa.

As formas escolhidas para identificação dos sujeitos de pesquisa foram: os gestores e técnicos que atuam no NUPREV e na GEDIM foram identificados por nomes de flores; os profissionais de saúde que fazem o atendimento do Pronto Atendimento de Itacibá foram identificados pelos números 10, 11 e 12; as representantes da sociedade civil no Conselho Municipal da Mulher foram identificadas pelos números 1 e 2; os representantes da sociedade Civil no Conselho Municipal de Saúde, pelas letras w, x, y, z, à exceção da representante dos trabalhadores da saúde no conselho que foi identificada também pelo nome de flor (Jasmim). A diversidade na identificação dos sujeitos teve como intuito facilitar a identificação do lugar social e político do sujeito que fala.

Quadro 1 - Identificação dos sujeitos de pesquisa

Nº	Sujeitos de pesquisa	Profissão	Sexo	Atividade que exerce	Organização/entidade que representa	Modalidade de entrevista	Coleta de dados
1	VIOLETA	Estudante de Serviço Social	F	Coordenadora da Vigilância Epidemiológica de Cariacica	Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de Cariacica (NUPREV)	individual	Gravada
2	ORQUÍDEA	Enfermeira	F	Responsável pela notificação de violência e acidentes	Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de Cariacica (NUPREV)	individual	Gravada

3	ROSA	Assistente Social	F	Gerente da GEDIM	Gerência dos Direitos da Mulher (GEDIM)	individual	Gravada
4	MARGARIDA	Assistente Social	F	Responsável pelos assuntos relacionados às causas externas - acidentes e violências.	Secretaria Estadual de Saúde (SESA)	individual	Gravada
5	Entrevistada 1	Professora da Rede Pública de Ensino	F	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal da Mulher de Cariacica	Associação das Mulheres Unidas de Cariacica Buscando Libertação (Amucabuli) e Fórum de Mulheres do Estado do Espírito Santo	Grupal	Gravada
6	Entrevistada 2	Auxiliar de Serviços Gerais	F	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal da Mulher de Cariacica	Associação das Mulheres Unidas de Cariacica Buscando Libertação (Amucabuli)		
7	W	*	F	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica	Pastoral da Criança de Cariacica	Grupal	Manuscrita
8	X	*	M	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica	Associação de Moradores		
9	Y	*	M	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica	Pastoral da Saúde de Cariacica		
10	Z	*	F	Representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica	Associação de Moradores		
11	JASMIM	Enfermeira	F	Representante dos trabalhadores no Conselho Municipal de Saúde de Cariacica	Sindicato dos Servidores de Cariacica/ES	Individual	Gravada
12	10	Médica	F	Médica do Pronto Atendimento de Itacibá/Cariacica/ES	Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica	Grupal	Gravada
13	11	Enfermeira	F	Enfermeira do Pronto Atendimento de Itacibá/Cariacica/ES	Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica		
14	12	Assistente Social	F	Assistente Social do Pronto Atendimento de Itacibá/Cariacica/ES	Secretaria Municipal de Saúde de Cariacica		
Total	14 sujeitos de pesquisa					8 entrevistas (cinco individuais e três grupais)	

*Não foi informado pelos entrevistados W, X, Y Z a profissão.

Fonte: quadro elaborado pela autora.

Todas as entrevistas foram gravadas, com exceção da entrevista realizada com alguns membros do Conselho Municipal de Saúde (W, X, Y, Z) a pedido dos próprios entrevistados.

1.1.3 A análise dos dados

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos, analisados, interpretados e articulados à luz das categorias escolhidas, tomando como referência a análise de conteúdo proposto do Bardin. Sobre essa questão, Pedro Demo (1995) lembra com bastante propriedade que um dado não fala por si, pois necessita de um aporte teórico que lhe torne inteligível.

A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos no século XX, primeiramente com a intenção de analisar os materiais jornalísticos, e depois disso, foi utilizada para interpretar símbolos políticos. A análise de conteúdo trabalha com o conteúdo do texto e contribui para os estudos nas mais diversas áreas (CAMPOS, 2004). Uma das autoras mais referenciadas quando se trata de discutir análise de conteúdo é Laurence Bardin. Ela “Configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN apud CAMPOS, 2004, p. 612). A análise de conteúdo permite ao pesquisador abordar tanto as questões que estão visíveis no texto quanto as latentes.

Para a realização da análise de conteúdo, foram adotadas as três fases sugeridas por Bardin (apud GODOY, 1995) a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na pré-análise, organizou-se todo o material coletado durante o trabalho de campo: a documentação e as entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas realizadas. Escrevem Silva et al. (2005, p. 75) que a pré-análise se refere à:

[...] organização do material, quer dizer de todos os materiais que serão utilizados para a coleta dos dados, assim como também como outros materiais que podem ajudar a entender melhor o fenômeno e fixar o que o autor define como *corpus* da investigação, que seria a especificação do campo que o pesquisador deve centrar a atenção.

Num segundo momento, passou-se à exploração do material/dados coletados, o que segundo Moraes, Bardin denomina de descrição analítica, quando foi possível identificar categorias temáticas que possibilitaram agrupar os dados, permitindo melhor sistematização e, posteriormente, melhor análise dos mesmos.

A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas. Podem ser sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos, etc. As categorias podem ainda ser constituídas a partir de critérios léxicos, com ênfase nas palavras e seus sentidos ou podem ser fundadas em critérios expressivos focalizando em problemas de linguagem. Cada conjunto de categorias, entretanto, deve fundamentar-se em apenas um destes critérios. (MORAES, 1999, p. 24)

Entende Moraes que o processo de categorização contribui tanto para a organização dos dados quanto para o seu processo de análise. “Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo” (MORAES, 1999, p. 26). Fala ainda o autor que a análise dos dados não se dá de forma linear e sequencial, mas de forma cíclica e dialética. Ele entende que “[...] os dados não falam por si. É necessário extrair deles o significado.” (MORAES, 1999, p. 26)

Nessa segunda fase, levaram-se em conta os objetivos específicos que nortearam a realização do estudo e o conjunto dos dados coletados. Foram definidas como categorias temáticas: os *eventos e as datas* que marcaram o processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência; as *ações desenvolvidas pela poder público – e pela Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência* – no que se refere tanto ao enfrentamento da violência contra mulheres quanto ao processo de implantação da Lei nº 10.778/03; os *fluxos de atendimento* à vítima a partir da realização da notificação compulsória da violência; e os *desafios/limites* postos para a implantação da Lei no município.

Para cada uma das categorias, identificaram-se variadas unidades de registro. Para identificar os *eventos e datas*, fez-se a busca por palavras, expressões, frases que fizessem referência aos eventos ocorridos entre os anos de 2009 e 2010 com vistas à implantação da Ficha de Notificação no município de Cariacica, tais como: *datas, reunião, encontro, capacitação, oficina, treinamento, processo de implantação de notificação*, entre outros. Nesse sentido, organizaram-se os dados respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos, para dar maior sentido e estabelecer a inter-relação entre eles.

No que se refere à segunda categoria temática, as *ações desenvolvidas pelo poder público e pela Rede*, as unidades de registros deveriam permitir o aparecimento de ações desenvolvidas pelo município de atenção à mulher em situação de violência, como também aquelas voltadas à implantação da Ficha de Notificação e que não foram contempladas na primeira categoria temática. Para tanto, as unidades de registro escolhidas foram: *campanhas, divulgação, material informativo, capacitação*.

Já em relação às unidades de registro da terceira categoria temática (fluxos), foram escolhidas aquelas que revelavam os encaminhamentos, referência e contra-referência da usuária mulher que teve o seu caso de violência notificado. Para tanto, foram identificadas expressões como: *Primeiro atendimento; Porta de entrada; Se dirige imediatamente; Atendimento de rotina; preenche a notificação buscando garantir que aquelas vítimas que não chegam aos serviços de saúde também tenham as informações coletadas; Esse formulário; depois de preenchido, é repassado para o NUPREV; Lançamento dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Duplicidade de registro do caso de violência; Formas de contatar a vítima; Encaminhamentos das vítimas; A chegada da vítima aos serviços de saúde; Fluxo*, entre outras.

Quanto à quarta categoria temática, que trata dos *desafios/limites*, estabeleceram-se como unidades de registros todas aquelas que possibilitaram por meio do conteúdo expresso identificar as dificuldades de ordem orçamentária, institucional, política, profissional, logística e operacional enfrentadas para a implantação da Ficha de Notificação. Para tanto, as unidades de registro foram: *Falta de investimento público; Falta de profissionais; Sobrecarga; Condições de trabalho; Relações de poder; Trabalho de equipe; Não qualificação dos profissionais; Falta de compreensão do fenômeno da violência; Falta de comprometimento o profissional; O acesso a essa vítima é muito difícil e acaba expondo o profissional; limitação; Falta de material; Falta de espaço físico, Falta melhorar a comunicação entre os setores; Não estão preocupados em proteger a vítima, A Delegacia de Cariacica é uma delegacia precária, Funcionário não tem a sensibilidade*. Estas são algumas das unidades de registro elencadas.

As unidades de registro foram fundamentais para a identificação das categorias temáticas. Após a sistematização dos dados em categorias, ficou mais fácil analisar os dados empíricos

tomando como apoio alguns estudos científicos, isto é, fazer a relação entre os dados empíricos e o referencial teórico escolhido.

A partir do cumprimento da segunda fase, passou-se para a interpretação referencial que, segundo Silva et al. (2005, p. 75), é a fase de análise propriamente dita. Para eles, “A reflexão, a intuição, com embasamento em materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade, aprofundando as conexões das idéias, chegando se possível à proposta básica de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais”. A partir da identificação e da organização dos dados, passou-se a analisá-los tomando com base referenciais teóricos selecionados previamente e também aqueles acionados no curso da análise.

1.2.2 Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização da pesquisa no município de Cariacica, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número 105/2011 (ANEXO A), em 2011, foi enviado um ofício para a Gerência do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde de Cariacica (NUPREV), vinculada à Secretaria de Saúde do município, solicitando a anuência do órgão para a realização da pesquisa (ANEXO B). Esta aprovou prontamente e emitiu uma carta formalizando a anuência (ANEXO C).

É importante ressaltar que a preocupação com a dimensão ética da pesquisa foi preocupação da pesquisadora durante todo o tempo em que esteve no campo e mesmo depois, no momento de análise dos dados.

Alguns cuidados éticos foram tomados, entre eles a submissão do projeto de pesquisa que norteou a realização da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM. No momento de contatar os sujeitos de pesquisa para as entrevistas, era explicado para eles de forma detalhada o projeto e, em seguida, era lhes fornecida uma cópia do mesmo.

Para a realização das entrevistas, foi garantido aos entrevistados, um local seguro e que lhes proporcionou privacidade. Também foi garantido ao mesmo o sigilo sobre a sua identidade,

buscando preservá-lo de quaisquer constrangimentos. Para tanto, foram usados nomes de flores, letras e números para identificação dos(as) entrevistados(as).

Para que o conteúdo da entrevista fosse utilizado, foi solicitado ao entrevistado(a) a autorização para a publicação dos dados coletados por meio da assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G), sendo uma via do pesquisador e outra ficou de posse do entrevistado. Foi garantido aos entrevistados que as informações ficarão de posse da pesquisadora; que serão mantidos em local seguro; que somente serão usados para fins de pesquisa; que serão incinerados cinco anos após a sua coleta.

2 SOBRE QUESTÕES DE GÊNERO E DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES

Este capítulo tratará das questões de gênero e sua influência sobre a violência praticada contra as mulheres, bem como os papéis desempenhados por homens e mulheres ao longo dos anos. Traz também uma pequena discussão sobre sexualidade e identidade de gênero e sobre a inserção da mulher no mercado de trabalho.

2.1 QUESTÕES DE GÊNERO

É no patriarcado⁴ que se encontram as raízes de um histórico de desigualdades de gênero entre homens e mulheres. Mesmo com a globalização e com todas as mudanças observadas com o passar do tempo, ainda se tem a cultura patriarcal arraigada nos dias atuais, o que leva a sociedade a construir desigualdades em função das diferenças biológicas entre homens e mulheres, gerando-se uma situação em que o homem detém poderes sobre a vida da mulher.

Na visão de Silva (2010), desde que se descobriu a relação entre sexo e procriação, compreendendo-se a importância do papel masculino no processo da reprodução biológica humana, o homem adotou uma postura autoritária, passando a ser opressor da mulher. Ainda, de acordo com Silva, “A partir da visão do patriarcado, os olhos dos homens passaram a ver a mulher de cima para baixo, fazendo-a submissa ao seu controle, o que influencia todas as instituições sociais” (SILVA, 2010, p. 59) e determina as relações sociais de gênero na grande maioria das sociedades no mundo. Daí, a necessidade de se entender, tanto no campo simbólico quanto no campo prático, como se processam as relações de poder entre homens e mulheres, ou seja, como se organizam as relações sociais de gênero (BARCELLOS, 1998).

Por causa das questões supracitadas, gênero tornou-se uma importante categoria para se estudar a dinâmica da construção social e histórica que cerca homens e mulheres. Ela

⁴ Patriarcado: O patriarcado está presente em toda a sociedade, e para Saffioti “[...] é o regime da dominação-exploração das mulheres pelos homens.” (SAFFIOTI, 2004, p. 44)

encontra-se presente nas mais variadas relações do cotidiano e está intrinsecamente ligada ao patriarcado.

De acordo com Joan Scott (1995, p. 72), “As feministas começaram a usar a palavra “gênero” mais seriamente, num sentido mais literal, como uma maneira de se referir à organização social entre os sexos.”

Apesar de a violência contra as mulheres e as discussões sobre gênero serem um fenômeno que veio a público muito recentemente, autoras como a historiadora, pesquisadora e militante feminista americana Joan Wallach Scott e a socióloga, professora e militante feminista brasileira Heleieth Iara Bongiovani Saffioti discutem essa temática a fim compreender melhor as relações de gênero e de subordinação sexual. Segundo Saffioti (2004, p. 71), “A desigualdade, longe de ser natural, é posta pela tradição cultural, pelas estruturas de poder [...]. Nas relações entre homens e entre mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência”. Segundo Scott (1995, p. 86), “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos; o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder.”

Desde a década de 1980, a categoria gênero passou a fazer parte dos estudos feministas e foi articulada também com outras categorias como classe e raça/etnia, o que Saffioti e Almeida (1995, p. 9), chamam de formas primárias de opressão, visto que esses fatores também proporcionam a dominação/exploração da mulher, pois “A constituição dos sujeitos não se faz exclusivamente pelo gênero, mas também pela classe social, raça/etnia.”

Observam as autoras que é “Raça/etnia que define as relações, por exemplo, entre brancos e negros, determinando que estes obedeçam àqueles. Brancos e negros pertencem a raças diferentes, que são socialmente hierarquizadas” (SAFFIOTI, 1997, p. 41). Prossegue a autora: “[...] o que mostra que o poder é macho, branco e, de preferência, heterossexual” (SAFFIOTI, apud SAFFIOTI, 2004, p. 31). Ressalta ela ainda que “A lógica da dominação-exploração entre países e entre classes sociais, nos limites de cada nação, continua a mesma” (SAFFIOTI, 2004, p. 15). Além da classe, raça/etnia e idade, outro fator que está presente nas formas de opressão é a orientação sexual, pois a mulher torna-se triplamente discriminada se ela for pobre, negra e lésbica. A idade torna-se um fator variante, pois, quando se é criança e idoso, está-se mais suscetível a sofrer com a imposição e a dominação de outrem.

Para muitos, a palavra gênero ainda é sinônimo de sexo; porém, enquanto este está relacionado às características físicas, gênero é muito mais que apenas características físicas: ele está atrelado às diferenças sociais existentes entre homens e mulheres, aos papéis designados pela sociedade para cada um desses segmentos da população, o que dá a opção de olhar a realidade com uma lente para compreender essas relações com um olhar mais crítico por meio das suas teorias existentes. Sendo assim, gênero se constitui um aspecto relacional, visto que “Não trata apenas das mulheres, mas inclui as relações entre as próprias mulheres, entre os próprios homens, assim como as relações entre as mulheres e os próprios homens.” (TELES, 2007 p. 44)

Saffioti, em seu livro *Gênero, Patriarcado e Violência*, escreveu que há um ponto comum entre as feministas ao conceituarem gênero: “Cada feminista enfatiza determinado aspecto do gênero, havendo um campo, ainda que limitado, de consenso: o gênero é a construção social do masculino e do feminino” (SAFFIOTI, 2004, p. 45). Dessa forma, apesar de vários conceitos para a palavra gênero, diversos autores, como Joan Scott, Saffioti, Suely Almeida, Eva Blay, afirmam que a categoria gênero é uma construção social e, portanto, pode ser trabalhado para que se desfaçam os estereótipos, construídos ao longo da história, dos papéis masculinos e femininos na sociedade.

A construção social em torno dos papéis de homens e mulheres se dá desde muito tempo, e os papéis designados historicamente aos homens é bem diferente dos papéis aos quais as mulheres foram encarregadas de desempenhar. Segundo Paulino (2010, p. 30):

[...] tudo que a gente faz em relação de gênero, são ações pessoalmente construídas por nós homens e mulheres, no tempo e no espaço definido. Temos que considerar a questão da história e dos nossos determinantes culturais que mudam, mas que mudam muito devagar.

Desde criança, apreendem-se comportamentos que delimitam o processo de construção do ser homem e do ser mulher: aprende-se que meninos e meninas brincam de forma diferente; que se vestem de forma diferente e têm maneiras diferentes de se portar na sociedade (CAMURÇA; GOUVEIA, 2004). Para a mulher, é designado o papel de mãe, delicada, amável, dona de casa, responsável pelo cuidado dos filhos; para o homem, o de chefe de família, provedor da casa e forte, pois a ele não cabe demonstrar seus sentimentos. E mais do que isso: a mulher deve ser submissa e obedecer às regras impostas pelos homens. Teles também confirma essa ideia quando diz que “A desigualdade não é fruto do acaso ou da

natureza humana. Pelo contrário, a desigualdade social foi criada, inventada e construída pela própria sociedade para atender a interesses de determinados grupos” (TELES, 2007, p. 37). Confundir gênero com sexo é deixar que as diferenças biológicas sejam transformadas em desigualdades entre homens e mulheres, desigualdades essas que levam à prática da violência, que repercute no mercado de trabalho, na vida social, política e familiar. Sobre isso, afirmam Silvia Camurça e Taciana Gouveia (2004, p. 43) que, “Na verdade, o que precisamos acabar, totalmente, é com a ideia de que diferenças nos corpos – sejam elas sexuais, raciais ou de idade – justifiquem desigualdades, opressão, discriminação e injustiça”. Para Scott (1995, p. 75), “O termo gênero torna-se uma forma de indicar “construções culturais” - a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres”, papéis que definem o lugar do homem e da mulher na sociedade e que são construídos por ela mesma (sociedade). Continua a autora, ressaltando que “O gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça” (SCOTT, 1995, p. 93). Dessa forma, deve-se trabalhar não somente com as questões de gênero, mas também com as questões que envolvem raça/etnia e classe social, visto que esses elementos contribuem para a dominação/exploração da mulher em seus diversos aspectos.

No entanto, parece relevante pontuar que em períodos mais recentes a discussão sobre sexualidade e identidade de gênero tem sido objeto de discussão em especial de movimentos voltados para o debate da orientação sexual. Mulheres lésbicas e transexuais têm reivindicado a ampliação do conceito de gênero. Uma das autoras que discute essa questão no Brasil é Miriam Pilar Grossi, que acredita ser possível alterar aquilo que é esperado de pessoas do sexo feminino, pois, no ver da autora, “[...] o gênero (ou seja, aquilo que é associado ao sexo biológico) é algo que está permanentemente em mudança, e todos os nossos atos ajudam a reconfigurar localmente as representações sociais de feminino e de masculino” (GROSSI, 1998, p. 6). A autora acredita que em toda a sociedade, independentemente de sua matriz cultural, gênero é ressignificado por causa das teias de relações que se estabelecem no interior dessas sociedades, por isso, afirma que “gênero é mutável”. Pensando naqueles que não se encaixam nos padrões dominantes de gênero, escreve a autora:

Gênero seria, então, um sinônimo da palavra sexo, uma vez que estou falando de feminino e masculino? E os homossexuais, homens ou mulheres, seriam outro gênero? E as/os travestis e transexuais? Existiria um terceiro gênero, um gênero que não se apoiaria sobre os dois sexos? Um gênero radicalmente diferente que não poderia ser associado a nenhum dos dois gêneros conhecidos? Não; quando falamos

de sexo, referimo-nos apenas a dois sexos: homem e mulher (ou macho e fêmea, para sermos mais biológicos), dois sexos morfológicos sobre os quais "apoiamos" nossos significados do que é ser homem ou ser mulher. (GROSSI, 1998, p. 6)

A autora se pergunta:

Como classificar, então, segundo o gênero, por exemplo, os homossexuais masculinos, as travestis, as drag queens? Se não são "homens", como se costuma dizer, são, então, "mulheres"? E as lésbicas, as mulheres travestidas – os travestis –, os drag kings? A que gênero pertenceriam? Existiria um terceiro gênero, no qual se poderiam colocar todos estes indivíduos "desviantes"? Como se sentem estes indivíduos? (GROSSI, 1998, p. 11)

Reconhece Grossi que está é uma discussão complexa, mas necessária. Num esforço teórico, a autora busca sintetizar as diferenças entre sexo, gênero, identidade de gênero e sexualidade:

De uma forma simplificada, diria que sexo é uma categoria que ilustra a diferença biológica entre homens e mulheres; que gênero é um conceito que remete à construção cultural coletiva dos atributos de masculinidade e feminilidade (que nomeamos de papéis sexuais); que identidade de gênero é uma categoria pertinente para pensar o lugar do indivíduo no interior de uma cultura determinada e que sexualidade é um conceito contemporâneo para se referir ao campo das práticas e sentimentos ligados à atividade sexual dos indivíduos. (GROSSI, 1998, p. 12)

Depois dessas ressalvas posta por Grossi, importante lembrar que as relações sociais de gênero de base patriarcal se fazem presentes nas vidas privada e pública. No que se refere à mulher, as desigualdades de gênero é expressa na sua sobrecarga de trabalho, presente no dia a dia, com a educação dos filhos e com o cuidado com a saúde. Essas relações estão presentes também no espaço público, na vida social e política, com as diferenças salariais entre homens e mulheres, com o adoecimento por sobrecarga de trabalho, e com dificuldade no acesso à educação e à saúde.

No que se refere às questões relacionadas ao espaço público, pode-se perceber que, no mercado de trabalho, ocorreram muitas mudanças nas últimas décadas, principalmente no que tange ao aumento da participação feminina na atividade econômica e da sua inserção em espaços de trabalhos que antes eram somente masculinos.

Pesquisas mostram que, apesar da crescente luta feminina, desde a década de 1970, para garantir seus direitos, as mulheres ainda sofrem no mercado de trabalho, com salários mais baixos, tendo que enfrentar duas jornadas de trabalho, o que também é um agravante para a sua saúde. A inserção da mulher no mercado de trabalho ainda se dá de forma desigual: muitas mulheres, atualmente, desenvolvem o mesmo trabalho que os homens, têm maior grau

de instrução e recebem salários menores. Essa realidade vai de encontro aos direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, que, em seu art. 7º, inciso XXX, deixa clara a “Proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por motivo de sexo, idade, cor ou estado civil” (BRASIL, 2005a, p. 39). Percebe-se que, mesmo com os seus direitos garantidos constitucionalmente, a realidade de muitas mulheres ainda é bem diferente.

De acordo com uma pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio de uma amostra probabilística em algumas regiões, como Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, entre os anos de 2003 a 2011, mesmo sendo a população feminina a maioria, esta encontra-se desocupada em maior quantidade, quando comparada à população masculina.

Em 2011, as mulheres eram maioria na população de 10 anos ou mais de idade (PIA)⁵, cerca de (53,7%). Contudo, eram minoria (45,4%) na população ocupada (PO). Essa estrutura distributiva reflete-se no nível de ocupação, relação que mostra o contingente de ocupados em relação ao total da PIA. Para as mulheres, esse indicador foi de 40,5% em 2003 passando para 45,3% em 2011. Entre os homens, esse percentual era de 60,8%, passando para 63,4%. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, p. 3)

A pesquisa também constata que há um predomínio da presença da mulher na administração pública e que esse predomínio se manteve estável entre aos anos de 2003 a 2011. Em seguida, vem a ocupação no comércio. Em contrapartida, caiu o número de mulheres ocupadas nos serviços domésticos “de 16,7% para 14,5%”. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, p. 5)

Algumas mulheres desempenham trabalhos precários e sub-humanos. Outras desempenham as mesmas funções que os homens e recebem salários menores, simplesmente pelo fato de serem do sexo feminino. Esse fato dificulta ainda mais o sustento das famílias chefiadas por mulheres no Brasil, o que leva as mulheres a desempenhar dupla ou tripla jornada de trabalho, porque continuam sendo responsáveis pelos afazeres domésticos.

Os números mostram que a remuneração das mulheres no mercado de trabalho obteve um aumento nos últimos anos, se, em 2003, as mulheres recebiam em média R\$ 1.076,04, em 2011, esse número aumentou para R\$ 1.343,81 (INSTITUTO BRASILEIRO DE

⁵ PIA – População em Idade Ativa

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). No entanto, ainda é possível observar certa disparidade de salários existente entre homens e mulheres. Os dados apresentados pela pesquisa feita pelo INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2012, p. 16), vêm confirmar essa diferença de rendimentos. De acordo com a pesquisa, “O rendimento médio do trabalho das mulheres em 2011 foi R\$ 1.343,81, 72,3% do que recebiam os homens (R\$ 1.857,63)”. E ainda, como indica a pesquisa, quanto maior o grau de escolaridade da mulher, mais acesso ela terá ao mercado de trabalho; porém, maior será a diferença entre os rendimentos recebidos por homens e por mulheres.

Quando se fala das desigualdades existentes no mercado de trabalho, não se pode esquecer as mulheres negras. Elas estão ainda mais vulneráveis; encontram-se em um grau de pobreza mais elevado, pois, de acordo com Cacciamali e Hirata (2005, p. 770), “A discriminação das mulheres no mercado de trabalho, por outro lado, se sobrepõe àquela de raça e incide, de forma altamente negativa, especialmente sobre a mulher negra”. Ainda sobre essa diferença, os autores relatam que “A situação da mulher parda e negra, de longe, é a pior. Mesmo apresentando alta escolaridade, estando na mesma ocupação, e dentro do mesmo estado, ela auferia apenas 2/5 e 1/3 do salário do homem branco.” (CACCIAMALI; HIRATA, 2005, p. 776)

No que tange à desocupação no mercado de trabalho, esta se acentua entre as mulheres negras e pardas mais jovens, de 18 a 24 anos. Em 2003, enquanto as mulheres negras com idade entre 18 a 24 anos apresentaram 33,0 % na escala de desocupadas, as mulheres brancas, nesse mesmo período e com a mesma idade, apresentaram 24,4 %. Em 2011, esse índice caiu para 18,9 % para as mulheres negras e 13,5 % para as mulheres brancas. Em sua maioria, as mulheres negras entram no mercado de trabalho mais cedo e saem mais tarde, e, ainda, “A população branca continua apresentando taxas de desocupação inferiores às da população preta ou parda.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012, p. 22)

Muitas mulheres também estão sujeitas ao assédio sexual tanto no espaço privado quanto no público. No mercado de trabalho, são vítimas cotidianamente dessa violência e muitas não denunciam e sofrem caladas com o assédio por medo de perder o emprego ou de sofrer com punições após a denúncia. Eva Blay (2008, p. 218), ao avaliar a situação da mulher no mercado de trabalho, diz que, “No campo do trabalho, os novos setores produtivos excluem as

mulheres através de vários mecanismos [...] os quais continuam relegando as mesmas a postos de menor remuneração e, muitas vezes, sujeitas ao assédio sexual”. Buscando chamar a atenção para a questão racial, quando se trata do assédio moral, escreve Lucena que “O assédio moral no trabalho expressa a violência que se abate sobre as mulheres, em geral, e, mais particularmente, sobre as negras.” (LUCENA, 2010, p. 168)

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres no mercado de trabalho, com salários menores, mesmo com uma boa qualificação, se somam a outros problemas. Com a divisão sexual do trabalho, a mulher, para conquistar um espaço dentro de uma empresa, iniciou uma disputa acirrada com a figura masculina, havendo, nessa disputa, exigências feitas somente para a mulher, o que dificulta a sua inserção no mercado de trabalho. Como afirma Paulino (2010 p. 33),

[...] as mulheres continuam sendo discriminadas no mercado de trabalho: auferem rendimentos inferiores aos dos homens (em média 65% do que eles recebem), para o mesmo cargo e função, são preteridas nas promoções e as últimas a serem encaminhadas para atividades de qualificação profissional. Mais: ao serem selecionadas para uma vaga, mesmo tendo maior número de anos de escolaridade que seus companheiros masculinos, passam por critérios discriminatórios de cor, idade, peso, “boa aparência”, e por perguntas de cunho pessoal, por exemplo, sem têm filhos ou se pretendem tê-los. As mulheres negras sofrem duplamente essa discriminação.

Embora esse cenário venha mudando, as mulheres ainda enfrentam muitas dificuldades ao ingressar no mercado de trabalho. É como se o espaço público fosse reservado ao homem e o privado à mulher, a qual perde seu espaço para a figura masculina devido à imposição dos papéis que “devem” ser desempenhados por homens e mulheres em uma sociedade patriarcal. Isto reflete claramente na divisão sexual do trabalho. Como afirma Teles (2007, p. 48), “[...] a divisão sexual do trabalho criou condições objetivas para desenvolver desigualdades, exclui as mulheres de espaços de poder e decisão na política, na religião e na economia, entre outros.”

O aumento da participação da mulher no mercado de trabalho trouxe, também, algumas mudanças na vida privada, tais como aumento do número de famílias chefiadas por elas e diminuição da taxa de fecundidade. Segundo Leone e Baltar (2008, p. 234),

[...] qualquer análise do mercado de trabalho no Brasil deve levar em conta a progressiva participação das mulheres na atividade econômica, que vem ocorrendo

desde o final da década de 60, concomitantemente com o declínio das taxas de fecundidade.

A crescente presença feminina no mercado de trabalho também reflete no cuidado e na educação dos filhos, uma vez que aumenta o número de famílias chefiadas por mulheres, muitas das quais precisam ampliar suas jornadas de trabalho. Ao enfrentar a mulher mais de uma jornada de trabalho, há uma maior ausência da mãe no lar, o que implica a necessidade de creche em período integral para os filhos, realidade que não é vivida pelas famílias trabalhadoras brasileiras. Diante dessa realidade, muitas mães precisam deixar suas crianças em casa sozinhas ou com os filhos mais velhos, ou arcar com as despesas de uma babá. O que compromete a educação dos filhos e também parte salário dessas mulheres.

Quanto ao nível de escolaridade, observa-se, também, que a maioria da população feminina possui um nível de escolaridade maior que o dos homens. Ressalta-se que, em 2011, 93,6% das mulheres possuíam um nível de escolaridade de 11 anos ou mais e 60,6% possuíam nível superior completo. Esses dados foram registrados na população feminina ocupada, entre os militares e funcionários públicos estatutários (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Porém, ainda assim, as mulheres continuam recebendo salários mais baixos do que o dos homens.

O fator raça não influi somente na inserção da mulher no mercado de trabalho, mas também no acesso a serviços de educação e saúde. Dados mostram que poucas mulheres negras passam por exames de rotina de mama; “46,27% das mulheres negras nunca passaram por um exame clínico de mama – contra 28,73% de mulheres brancas que também nunca passaram pelo exame.” (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2012, p. 3)

Em se tratando de discriminação de gênero, mulheres sofrem também com a violência institucional. No que se refere ao atendimento das mulheres para a realização de partos pelos serviços de saúde, a Pesquisa *Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado*, realizada, em 2010 pela Fundação Perseu Abramo revelou frases que foram usadas pelos profissionais de saúde para controlar a reação da paciente perante a dor do parto: “*Não chora não que ano que vem você está aqui de novo*”; “*Na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que está chorando agora?*”; “*Se gritar, eu paro agora o que eu estou fazendo*”, “*Não vou te atender se ficar gritando, vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo*” (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010, 177). A maior quantidade de queixas das

entrevistadas se relaciona ao atendimento realizado em hospital público. Quando identificado o quesito cor, a maioria das entrevistadas que relataram maus-tratos era negra e parda. A pesquisa revelou que, a cada quatro gestantes, uma sofreu maus-tratos quando deu à luz.

Os relatos são de exame de toque doloroso, negativa de alívio da dor, falta de explicação para os procedimentos adotados, grosserias e ausência de atendimento. Essa via crucis é uma face da violência a que muitas mulheres em todo o mundo, em especial as mais pobres, estão expostas na hora do parto. (OLIVEIRA; ANDRADE, 2012, p. 1)

Para as autoras, repercutindo Janina Marques de Aguiar, da Fundação Oswaldo Cruz, “A violência institucional nas maternidades é determinada, em parte, por uma discriminação de gênero, que transforma diferenças – ser mulher, pobre, de baixa escolaridade – em desigualdades” (OLIVEIRA; ANDRADE, 2012, p. 1). Observam ainda as autoras que a mulher negra é ainda mais vítima de discriminação nesses espaços.

A seguir será tratada uma outra expressão das desigualdades de gênero enfrentada pelas mulheres: a violência.

2. 2 VIOLÊNCIA COMO EXPRESSÃO DAS DESIGUALDADES DE GÊNERO

Aqui, primeiramente, será abordado o tema violência e seu conceito para os diversos autores de vários ramos das ciências. Após compreender sobre o que é violência, será abordado o tema violência contra a mulher e posteriormente a relação entre violência e o processo de adoecimento de mulheres.

2.2.1 Conceituando violência

Compreender o fenômeno da violência contra as mulheres só é possível se esse fenômeno for situado historicamente. “Daí se conclui, também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual.” (MINAYO, 1994, p. 7)

O tema violência não é algo novo; foi e continua sendo abordado por autores de vários ramos das ciências: filósofos, cientistas sociais e políticos tais como Thomas Hoobes, Jean-Jacques Rousseau, Georges Eugène Sorel, Hannah Arendt, Maria Cecília Minayo, Saffioti, Octavio Ianni, Wiervioka, Chesnais, autores que muito contribuíram para a compreensão desse fenômeno, que ocorre tanto no espaço público quanto no privado. Devido a sua magnitude, a violência passou a ser estudada a fim de se compreenderem os vários dilemas que perpassam pela sociedade e que interferem, de forma significativa, na vida das pessoas.

O filósofo inglês Hobbes, quando escreve *Leviatã*, em 1651, afirma que os homens são iguais por natureza.

A natureza fez os homens tão iguais, quanto às faculdades do corpo e do espírito que, embora por vezes se encontre um homem manifestamente mais forte de corpo, ou de espírito mais vivo do que outro, mesmo assim, quando se considera tudo isto em conjunto, a diferença entre um e outro homem não é suficientemente considerável para que qualquer um possa com base nela reclamar qualquer benefício a que outro não possa também aspirar, tal como ele. [...] o que talvez possa tornar inaceitável essa igualdade é simplesmente a concepção vaidosa da própria sabedoria, a qual quase todos os homens supõem possuir em maior grau do que o vulgo; quer dizer, em maior grau do que todos menos eles próprios, e alguns outros que, ou devido à fama ou devido a concordarem com eles, merecem sua aprovação. [...] mas isto prova que os homens são iguais quanto a esse ponto, e não que sejam desiguais. Pois geralmente não há sinal mais claro de uma distribuição equitativa de alguma coisa do que o fato de todos estarem contentes com a parte que lhes coube. (HOBBS, 2006, p. 45)

Diante dessa igualdade, resulta no ser humano a mesma capacidade de atingir os seus fins. Isso levaria os homens a uma guerra para conseguirem o que desejam, “E no caminho para seu fim [...] esforçam-se por se destruir ou subjugar um ao outro” (HOBBS, 2006, p. 46), “guerra de todos contra todos”. Para ele, o ser humano é violento por natureza. Hobbes destaca três causas principais da discórdia: a competição, a desconfiança e a glória (HOBBS, 2006, p. 46).

De modo que na natureza do homem encontramos três causas principais de discórdia. Primeiro, a competição; segundo, a desconfiança; e terceiro, a glória. A primeira leva os homens a atacar os outros tendo em vista o lucro; a segunda, a segurança; e a terceira, a reputação. Os primeiros usam a violência para se tornarem senhores das pessoas, mulheres, filhos e rebanhos dos outros homens; os segundos, para defendê-los; e os terceiros por ninharias, como uma palavra, um sorriso, uma diferença de opinião, e qualquer outro sinal de desprezo, quer seja diretamente dirigido a suas pessoas, quer indiretamente a seus parentes, seus amigos, sua nação, sua profissão ou seu nome.

Pode-se dizer que a causa da violência está estritamente ligada a esses três fatores colocados por Hobbes. Portanto, para se chegar a determinado fim, passa-se pela prática da violência.

“O indivíduo hobbesiano não almeja tanto os bens [...], mas a honra. Entre as causas da violência, uma das principais reside na busca da glória.” (RIBEIRO, 2001, p. 59)

Jean-Jacques Rousseau, considerado um dos principais filósofos do iluminismo do século XVIII, ao analisar a natureza humana, desenvolveu a teoria do bom selvagem, segundo a qual o homem é bom; porém, ao entrar em contato com a civilização, se não estiver preparado para enfrentar a concorrência, a civilização poderá fazer com que ele desenvolva suas características mais perversas. Para Rousseau, a razão deveria governar na busca da igualdade, liberdade e fraternidade, e não a violência. Dessa forma, para esse filósofo, a origem da violência nas relações humanas está no surgimento da propriedade privada, que, por sua vez, leva à desigualdade e ao surgimento das classes sociais.

Georges Eugène Sorel, um marxista do século XIX, discute basicamente a violência proletária, estrutural. Ele a vê como um fenômeno positivo, quando usada de forma moderada, pois é por meio da violência que se pode atingir um objetivo, sendo ela uma força que incentiva a liberdade.

Tudo pode ser salvo se, pela violência, ele consegue reconsolidar a divisão em classe e devolver a burguesia alguma coisa de sua energia; este é o grande objetivo para o qual deve ser dirigido todo o pensamento dos homens que não são hipnotizados pelos acontecimentos do dia, mas pensam na condição de amanhã. (SOREL, 1993, p. 81)

Outra autora que aborda o fenômeno da violência é a filósofa Hannah Arendt. Para ela, a violência é usada para se atingir o poder, principalmente na política, e afirma que a “impotência pode gerar violência”. Para Arendt (2009, p. 37), a violência caracteriza-se pela sua instrumentalidade. Segundo a autora, “Toda diminuição de poder é um convite à violência [...]. [...] aqueles que detêm o poder e o sentem escorregar por entre as mãos, sejam eles o governo ou os governados, encontram sempre dificuldade em resistir à tentação de substituí-lo pela violência.”

No que se refere à raiz da palavra *violência*, Minayo (2006, p. 13), afirma que, de “Origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro”. Esse termo pode ter várias particularidades, e estas precisam ser desvendadas. De acordo com Minayo, a violência tem que ser estudada de forma interdisciplinar e multiprofissional, visto que é ocasionada por

múltiplos fatores. A autora destaca ainda que os eventos violentos “Se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens” (MINAYO, 2006, p. 13). Para ela, “A violência consiste em ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual” (MINAYO, 1997, p. 2), o que vai ao encontro da ideia, apresentada por Chesnais (1997, p. 20), de que a violência “Ameaça naquilo que têm de mais precioso: a vida, a saúde, a liberdade”. Tanto Chesnais quanto Minayo veem a violência como algo prejudicial à saúde.

Saffioti, em seu livro *Gênero, patriarcado e violência*, conceitua a violência como a “Ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral” (SAFFIOTI, 2004, p. 17). E, mais adiante, ressalta que, mesmo estando a violência psíquica e violência moral fora do palpável, podem resultar em algo palpável, uma vez que, esses dois tipos de violência podem enlouquecer a vítima e levá-la a cometer práticas violentas contra outrem e contra si mesma (SAFFIOTI, 2004).

Octavio Ianni (2003, p. 25), ao estudar a violência urbana, mostra que a cidade se revela como “lugar por excelência da violência” e remete essa culpa à grande existência de pauperização, de desigualdades e de alienação (IANNI, 2003). Essa afirmação vai ao encontro da ideia de Minayo, pois a violência configura-se não só histórica e culturalmente, mas também com as expressões da questão social que perpassam toda a sociedade. Sendo assim, a violência não é somente um problema da saúde pública; ela passa também por outras áreas, por isso a autora afirma que é interdisciplinar e multiprofissional.

Outro autor que discute a violência é o sociólogo Michel Wieviorka, em entrevista concedida à Misse et al., publicada na Revista *Dilemas* (2009), ele afirma que não é possível ter-se um conceito objetivo da violência, pois o que representa violência para determinado indivíduo ou sociedade não necessariamente irá representar o mesmo em outros períodos históricos e em outras sociedades; porém, diz o sociólogo que a violência não pode ser relativizada, vista somente como um produto da subjetividade. Por isso, ele afirma:

É preciso encontrar acomodações, é preciso negociar consigo mesmo, circular, ter muita flexibilidade. [...] É preciso que eu encontre alguma coisa que me permita introduzir uma objetividade determinada, sempre deixando um certo espaço à relatividade. (WIEVIORKA apud MISSE et al., 2009, p. 155)

Para Wieviorka (apud MISSE et al., 2009), até certo ponto, a violência pode ter um papel de mediação, principalmente quando usada para o bem coletivo, no caso de movimentos que beneficiem a coletividade, e não somente o indivíduo. De acordo com ele, “A violência pode ser fundadora do sujeito em um dado momento, mas a longo prazo é destruidora.” (WIEVIORKA apud MISSE et al., 2009, p. 164)

Outra questão colocada por Michel Wieviorka ao discutir o fenômeno da violência é que a violência muda de um período ao outro. Pode-se perceber isso no caso da violência contra as mulheres, algumas ações que, nas décadas de 1960 e 1970, não eram consideradas como violência, no decorrer do tempo, após a década de 1970, passaram a ser assim reconhecidas, com o surgimento de novas leis e decretos que condenam essas ações.

O cientista francês Jean Claude Chesnais, pesquisador em violência urbana, ao discorrer sobre o tema violência, afirma que “A violência gera o medo, mas o medo gera também a violência; é, pois, um círculo vicioso que se instala, uma psicose coletiva” (CHESNAIS, 1997, p.19), que afeta e traz prejuízos à vida humana. Para ele, o homem, ao reconhecer um ato de violência como algo negativo, estaria em um grau mais avançado de desenvolvimento na sociedade, estaria reconhecendo os direitos garantidos por lei. Em suas análises, Chesnais (1997 p. 20) faz uma comparação com o nível de desenvolvimento das sociedades e suas taxas de suicídio e homicídio, “Nas sociedades com nível de instrução elevado, a frequência do suicídio é elevada, a do homicídio é fraca; enquanto nas sociedades tradicionais, nas quais predomina o analfabetismo, a situação é inversa: o homicídio é comum e o suicídio raro.”

Para Chesnais (1997), quanto maior o grau de instrução, maior a taxa de suicídio e menor a de homicídio. Isso se dá, segundo esse cientista, porque, nas sociedades com maior desenvolvimento econômico e social, “Os deveres e os regulamentos são estritamente codificados” (CHESNAIS, 1997, p. 20) e, em sociedades menos desenvolvidas, onde impera o analfabetismo, muitos desconhecem as leis e acabam entrando para a ilegalidade.

Portanto, o ato da violência perpassa toda a sociedade e está ligado às relações de poder, cuja intenção é dominar o outro. Essa dominação acarreta no uso da força e, concomitantemente, da violência. Segundo Lucena (2010, p. 167), “[...] as violências devem ser entendidas no plural e tendo sua gênese nas relações sociais estranhadas”, em que um domina e o outro é

dominado. A violência está presente também nas ações em que se busca impor e submeter o outro a vontades alheias. A violência não está relacionada com um conceito objetivo, visto que ela não se dá da mesma forma para todos os indivíduos e sociedades e pode mudar de acordo com um período histórico, com o avanço e o progresso das leis e, concomitantemente, da sociedade.

2.2.2 Violência contra as mulheres

A violência, nas relações de poder, na visão Hannah Arendt, surge como um recurso quando o subordinado se torna desobediente diante do seu dominador, ou seja, quando as estratégias de controle sobre o outro se tornam ineficazes, revelando para a sociedade a culpabilidade da vítima diante do uso dessas estratégias.

Diante disso, a violência é reforçada por meio da construção social que determina os papéis de homens e mulheres na sociedade, a qual tem uma ordem patriarcal que valoriza a figura masculina e em que o papel do homem se torna socialmente legitimado. De acordo com Saffioti (2004, p. 118), “Sob a ordem patriarcal de gênero as mulheres não detêm nenhum poder”. Sendo assim, a relação de gênero e a violência praticada contra a mulher passam pela questão do poder, pois, de acordo com Araújo (2010, p. 21), “A ordem patriarcal é vista como um fator preponderante na produção da violência de gênero, uma vez que está na base das representações de gênero que legitimam a dominação masculina internalizada por homens e mulheres.”

Dessa forma, os discursos existentes na sociedade levam à prática da violência, uma vez que se legitima com o patriarcado o poder do homem sobre a mulher, justificando-se essa dominação pelas diferenças biológicas entre ambos os sexos.

Muitas vezes, a violência de gênero é banalizada e naturalizada devido aos comportamentos diários da sociedade, explicitando a cultura que já está impregnada na vida das pessoas, o que contribui ainda mais para a disseminação desses costumes e, conseqüentemente, da violência, sobretudo onde há a valorização da figura patriarcal, do seu “*poder*” sobre a mulher, sobre a casa e as questões financeiras. Olhar a violência doméstica contra a mulher sob essa ótica

permite enxergar esse fenômeno como uma questão estrutural que perpassa por todas as gerações e estruturas da sociedade.

A Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha, define a violência contra a mulher como “[...] qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006a). Entre as várias formas de violência praticadas contra a mulher, está a violência doméstica, que terá sempre como autor uma pessoa próxima da vítima, quase sempre seu companheiro ou ex-companheiro. A violência doméstica tem uma especialidade particular, que é a rotina com que acontece, e caracteriza-se pela agressão sofrida no âmbito domiciliar. Não necessariamente é cometida somente contra alguém da família, podendo atingir pessoas que não fazem parte desta, como agregados e empregados domésticos, recaindo sempre sobre as mesmas pessoas (SAFFIOTI, 2004). No entanto, para Saffioti, a violência doméstica não se limita ao interior de uma casa. Para a autora, “A violência doméstica tem lugar predominantemente, no interior do domicílio. Nada impede o homem, contudo, de esperar sua companheira à porta de seu trabalho e surrá-la exemplarmente, diante de todos os seus colegas.” (SAFFIOTI, 2004, p. 72)

O fato de os agressores serem membros da família ou pessoas do seu círculo íntimo leva muitas mulheres a não denunciarem a violência sofrida e a não procurarem a unidade de saúde, fazendo-o somente quando a situação se torna crítica. Para Teles (2007, p. 69), “A violência contra a mulher deve ser entendida como uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher.”

Observa o *site* do projeto Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente – RHAMAS (2010), que a violência contra a mulher “Ocorre principalmente no espaço doméstico e é praticada por parceiros ou outras pessoas com quem as vítimas mantêm relações afetivas ou íntimas, incluindo filhos, sogros, primos e outros parentes” (REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE, 2010, p. 2). É o contrário do que acontece com a violência perpetrada contra os homens, que, em grande parte, ocorre nos espaços públicos e é praticada por pessoas desconhecidas. A violência doméstica

[...] está profundamente arraigada nos hábitos, costumes e comportamentos sócio-culturais. De tal forma que as próprias mulheres encontram dificuldade de romper com situações de violência, e entre outras coisas, por acreditarem que seus companheiros têm direito de puni-las, se acham que elas fizeram algo errado ou infringiram as normas que eles determinaram. (REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE, 2010, p. 2)

Conforme alguns autores, entre elas Saffioti e Almeida (1995), muitas mulheres têm dificuldade de romper com os agressores devido a vários fatores, como dependência afetiva e financeira, dificuldade de atingir a autonomia e ainda a pressão exercida pela família e Igreja de que casamento tem que durar para sempre. No que tange à permanência da mulher em uma relação violenta com seu parceiro, há alguns principais fatores indicados por uma pesquisa quantitativa realizada pelo Instituto Avon/Ipsos (2011) intitulada *Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil*. O objetivo era o de contribuir para maior percepção sobre a violência contra a mulher e de buscar alternativas para combatê-la. Essa pesquisa foi realizada entre 31 de janeiro e 10 de fevereiro de 2011, em 70 municípios, nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul. Dos entrevistados, 52% eram do sexo feminino e 48% do sexo masculino, totalizando 1.800 entrevistados, todos com 16 anos ou mais.

De acordo com essa pesquisa do Instituto Avon/Ipsos, entre as principais razões para que a mulher permaneça nessa relação com o parceiro estão: a falta de condições de se sustentar, com 27% das respostas; a falta de condições para criar os filhos, com 20% (para homens e mulheres); e, com um número bem expressivo, 17% das mulheres responderam que umas das principais causas porque continuam na relação é o medo de ser morta (INSTITUTO AVON, 2011). Dessa forma, grande parte das mulheres que sofrem violência doméstica aceita por anos a fio a condição de vítima, mesmo com a existência da Lei Maria da Penha, pois as pesquisas mostram que, apesar de muito divulgada, a Lei é pouco conhecida; apenas algumas mulheres sabem os direitos garantidos nela, e somente 13% dos entrevistados declararam que sabem muito ou bastante sobre a Lei.

Outra questão relativa à violência doméstica que chama a atenção é a de como essa violência pode ser reproduzida. Segundo Morrisson e Biehl (2000), em seu livro *A Família Ameaçada* a violência pode ser transmitida de uma geração para a outra, e a violência doméstica contra as mulheres produz um impacto negativo também sobre as crianças, pois estas, quando presenciam a violência dentro de casa, são muito mais propensas a se tornar pessoas violentas

e a adotar esse comportamento na vida adulta. Essa situação pode trazer prejuízos à saúde e à qualidade de vida de famílias inteiras, refletindo nos diversos aspectos da vida familiar e comunitária. Saffioti (2004, p. 18) também afirma a reprodução da violência, de modo que:

A vítima de abusos físicos, psicológicos, sexuais, morais e/ou sexuais é vista por cientistas como indivíduo com mais probabilidades de maltratar, sodomizar outros, enfim, de reproduzir, contra outros, as violências sofridas, do mesmo modo, como se mostrar mais vulnerável às investidas sexuais ou violência física ou psíquica de outrem.

No caso das mulheres, muitas que vivenciaram processos de violência na infância têm grande probabilidade de viver com parceiros violentos, atingindo os outros membros da família. “A violência no espaço privado estende-se da mulher adulta para as crianças, adolescentes, idosos(as). Assim, as repercussões das consequências da violência se darão sobre toda a família” (TELES, 2010, p. 189). Em um pronunciamento do Sr. Kofi Annan⁶, em 2006, pode-se perceber a gravidade desse fenômeno que “Deixa marcas nas famílias, afetando várias gerações, e empobrece as comunidades. O fenômeno impede que as mulheres realizem as suas potencialidades, limita o crescimento econômico e compromete o desenvolvimento.” (SOUZA, 2007, p. 37-38)

Outra questão que precisa ser abordada refere-se aos tipos de violência perpetrados contra as mulheres. Muitos são os autores que apresentam esses tipos de violência, porém, aqui serão expostos os citados na Lei Maria da Penha, visto que este constitui o instrumento legal no Brasil que mais avançou na conceituação dos vários tipos de violência praticados.

- A violência *física* é o uso da força sobre o outro podendo ser utilizado algum instrumento que cause danos à saúde física.
- Outro tipo de violência é a *sexual*, caracterizada como toda ação na qual se obriga o outro a manter relação sexual, ou participar de alguma forma dessa relação, e também quando o expõe a situações constrangedoras ou atentado ao pudor por meio de ameaças, uso da força ou coação. Está presente também quando se impede o outro de usar métodos contraceptivos ou se força o outro à prática de aborto.

⁶ Kofi Annan foi, entre 1º de janeiro de 1997 e 1º de janeiro de 2007, o sétimo secretário-geral da Organização das Nações Unidas, tendo sido laureado com o Nobel da Paz em 2001.

- A violência *moral* está relacionada com qualquer ação que leve à calúnia e à difamação do outro.
- A violência *patrimonial* acontece quando seus bens materiais ou de valor sentimental são destruídos, bem como documentos e instrumentos de trabalho.
- No que diz respeito à violência *psicológica*, ela está quase sempre presente nos outros tipos de violência, uma vez que todas passam por ameaças, constrangimento, agressão verbal, perseguição, limitação do direito de ir e vir, ou seja, por atitudes que afetam o emocional causando danos a saúde mental.

Para Saffioti, práticas como estas passam pela face do poder da potência e da impotência, em que homens e mulheres foram socializados, e os homens, ao se depararem com a impotência, usam a violência a fim de controlar a situação.

No fundo, os homens sabem que o organismo feminino é mais diferenciado que o masculino, mais forte, embora tendo menor força física, capaz de suportar até mesmo as violências por eles perpetradas. Não ignoram a capacidade das mulheres de suportar sofrimentos de ordem psicológica, de modo invejável. Talvez por estas razões tenham necessidade de mostrar sua “superioridade”, denotando, assim, sua inferioridade. (SAFFIOTI, 2004, p. 33)

Para Teles, (2007, p. 77) “O emprego da violência masculina visa muito mais a controlar a mulher e limitar suas iniciativas e sua autonomia do que eliminá-la fisicamente”. Porém, não se pode negar que muitos homicídios ainda acontecem, seja pela real intenção do homem em matar a mulher, seja pela situação de saúde em que muitas mulheres se encontram após vários anos sofrendo com a violência, uma vez que as mulheres que passam por essa experiência têm maior probabilidade de desenvolver alguma doença, seja ela física seja psicológica.

Em sua maior parte, os homens procuram atingir as mulheres em locais como o rosto, a cabeça, com o intuito de tornar visível a violência e prejudicar a beleza feminina, sendo a face muito valorizada. Afirmam Garbin et al. (2006, p. 2569)

Diversas pesquisas relacionadas com o atendimento primário à saúde de mulheres violentadas apontam ser a região de cabeça e pescoço a mais atingida como consequência de agressões físicas, resultando em fraturas, contusões, queimaduras, entre outras injúrias.

A região da barriga também é um local muito visado por eles, um alvo que simboliza a reprodução; assim, o agressor pretende atingir o que há de mais importante para a mulher, estando muitas mulheres sujeitas a perder o filho quando agredidas em períodos de gravidez. Não há dúvidas de que a violência contra as mulheres está presente no cotidiano de muitas famílias brasileiras. Quem nunca sofreu diretamente com violência, já presenciou ou conhece algum parente ou amigo que passou por essa experiência.

De acordo com os resultados da pesquisa do Instituto Avon/Ipsos (2011) acima citada, de cada 10 entrevistados, 6 conhecem alguma mulher que sofreu violência doméstica, e o principal fator da violência apontada pelas mulheres é o machismo, seguido do alcoolismo apontado pelos homens. Quanto aos tipos de agressão, a violência física está em primeiro lugar, com 34%, seguida pela humilhação, 12%; ameaça, 9%; chantagem, 5%; perseguição e difamação, com 4%; 2% obrigaram a mulher a fazer sexo, e 1% forçou-a a dar dinheiro ou pertences. Os entrevistados reconhecem que existem vários tipos de violência doméstica; porém, a mais citada por eles foi a violência física com 80%, onde estão presentes ações como tapas, socos, e apenas 3% acham que a violência pode levar até à morte. A violência psicológica vem em seguida: “62% dos entrevistados reconhecem agressões verbais, xingamentos, humilhação, ameaças e outras formas de violência psicológica como violência doméstica” (INSTITUTO AVON, 2011, p. 8). Apenas 6% dos entrevistados reconhecem a calúnia e a difamação como violência moral e o ato de obrigar a mulher a fazer sexo como violência sexual. Eles justificam como as principais causas das agressões o ciúme, problemas com bebida e o alcoolismo (INSTITUTO AVON, 2011).

Apesar de as estatísticas mostrarem um aumento da notificação dos casos de violência doméstica contra as mulheres e maior conhecimento da Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, sabe-se que muitos profissionais ainda não a notificam. Dessa forma, não se tornam públicos alguns dados que permitiriam elaborar e desenvolver políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher, que tem se agravado ao ponto de ser reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia e, por isso, necessita ser tratada com mais seriedade e compromisso, visto que é uma violação dos direitos humanos das mulheres e tem um impacto negativo na saúde das mulheres que sofrem com a violência.

2.2.2.1 Violência contra as mulheres no Espírito Santo

O Estado do Espírito Santo no que diz respeito ao índice de Violência este se encontra, por mais de dez anos, entre os primeiros no ranking nacional. Dos sete estados com maior número de homicídios, o Espírito Santo encontra-se em segundo lugar com um aumento nos números de homicídio na população negra e uma diminuição de homicídios entre a população branca. Quanto a isso, Jacobo ressalta que, em 2002, morreram “proporcionalmente 45,8% mais negros do que brancos” (WAISELFISZ, 2012, p. 62), apresentando um significativo aumento em 2006 com uma taxa de homicídio de 82,7% da população negra em relação à população branca. E, em 2010, esse número aumentou, significativamente, 139% nos homicídios de negros WAISELFISZ (2012).

No que tange aos homicídios femininos, de acordo Waiselfisz, entre 80 países do mundo pesquisados, com dados extraídos do sistema da OMS ente os anos de 2006 e 2010, o Brasil encontrava-se em 7ª posição nesse aspecto, com uma “Taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres” (WAISELFISZ, 2012, p. 17). Quando se analisa a distribuição da violência nos estados, conforme Waiselfisz, em 2010, o Estado do Espírito Santo apresentou o maior índice de homicídios femininos com uma taxa de 9,4 vítimas para cada 100 mil mulheres, representando a primeira posição das 27 Unidades Federativas do Brasil (WAISELFISZ, 2012). Ainda no que diz respeito aos números de homicídios femininos a capital do Espírito Santo, Vitória, encontra-se na 18ª posição, com uma taxa de 5,2 homicídios femininos (WAISELFISZ, 2012).

De acordo com Waiselfisz (2012, p. 8), para a elaboração do Mapa, foram listados “Os 97 municípios com taxas acima de 8 homicídios em 100 mil mulheres, o que representa praticamente o dobro da média nacional”. Dentre os 97 municípios listados, os municípios capixabas que foram listados e que apresentaram taxas acima de 8 homicídios em 100 mil mulheres foram: Serra, que encontra-se na primeira posição dos municípios capixabas com alto índice de homicídio de mulheres, na 6ª posição nacional; em seguida está o município de Aracruz, na 12ª posição; Cariacica, 23ª posição; Vila Velha, 29ª; Vitória, 38ª; São Mateus, 78ª; e, por último, Colatina, na 84ª posição (WAISELFISZ, 2012).

Waiselfisz, ao analisar as taxas de homicídios de mulheres desde os anos 80, ressalta que desde esse período os números se mantêm estáveis, observando uma pequena queda em 2007, porém com tendência a subir novamente. Apesar de o número de homicídio feminino ser menor que as taxas de homicídios masculino, registra-se que “Morre acima de 4.000 mulheres anualmente vítimas de homicídio.” (WAISELFISZ, 2012, p. 66)

Quando o assunto é notificação compulsória dos casos de violência que chegam até a saúde, os dados do Sistema de Vigilância e de Violências e Acidentes (VIVA) de 2010 apontam que: “Dos 5.565 municípios brasileiros 44,9% estão notificando violência doméstica, sexual e outras violências. Na Região Sudeste, verificou-se notificação em 32,6% dos municípios, enquanto que no Espírito Santo, com 78 municípios, 12,8% estão notificando” (BRASIL, 2011a, p, 24). Porém, o Sistema Viva refere-se a notificação realizada exclusivamente por serviços de alta complexidade (hospitais) e não por serviços gerenciados pelos municípios, à exceção daqueles que realizam atendimento de alta complexidade.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, quanto aos tipos de violência notificados, a violência física encontra-se em primeiro lugar com 78,7%, seguidos da violência psicológica/moral com 57,3% e violência sexual com 13,3% (BRASIL, 2011a).

Portanto, percebe-se que os homicídios no Brasil carregam características de classe, de raça e de gênero.

2.2.2.2 Violência contra as mulheres no município de Cariacica

Como já dito anteriormente, Cariacica ocupa a 23ª posição em relação ao *ranking* nacional de homicídios de mulheres, dado esse que coloca o município como o terceiro do estado do Espírito Santo com maior índice de assassinato de mulheres, com 84 homicídios entre os anos de 2008 e 2010 (WAISELFISZ, 2012).

Quanto aos números de homicídios registrados em Cariacica, tem-se uma grande disparidade entre homens e mulheres. Em 2009, foram registrados 318 homicídios masculinos, contra 31 femininos. No ano de 2010, foram 274, contra 26, respectivamente. Em 2011, esse número foi

para 248 homicídios do sexo masculino e 23 do sexo feminino⁷. Percebe-se uma queda nos números de homicídios desde 2009 até 2011. No entanto, encontram-se níveis elevados, o que precisa de um olhar mais atento às questões que contribuem para que esse número seja tão alto. Sabe-se que a maioria dos homicídios do sexo masculino ocorre em vias públicas, podendo ser o autor desconhecido, enquanto as mulheres são violentadas e mortas em suas próprias residências e os assassinos são conhecidos da vítima.

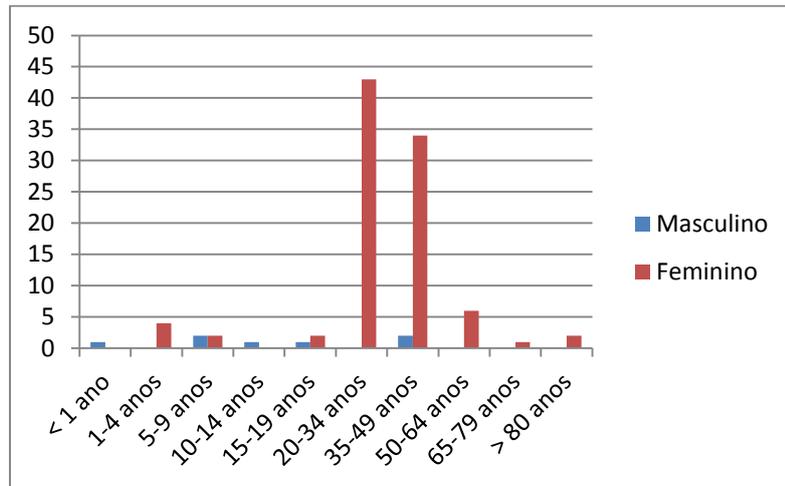
Quanto aos números de notificações dos casos de violência registrados no Município de Cariacica, estes vêm aumentando significativamente após a implantação da Ficha de Notificação Compulsória no município. No ano de 2008, não se tem nenhum registro de notificação de violência, em 2009, ano que começou as discussões e as capacitações para a implantação da Ficha de Notificação, foram registrados apenas 03 casos de violência⁸. Em 2010, após terem ocorrido as primeiras capacitações e discussões a respeito da notificação, foram registrados 101 casos de violência (CARIACICA, 2011b), e em 2011 foram 219 casos (CARIACICA, 2012), totalizando no período de 2009 a 2011, 323 notificações.

No que se refere ao ano de 2010, conforme apresenta o gráfico abaixo, foram registrados 101 casos de violência no município de Cariacica. No que tange ao sexo, as mulheres são a grande maioria das vítimas, com um total de 94 das notificações. Quanto à faixa etária dessas mulheres, a maioria encontra-se entre idade de 20 a 34 anos, totalizando 43 registros nessa faixa etária. Em seguida, estão as mulheres com idade de 35 a 49 anos, com um total de 34 registros nessa faixa etária.

⁷Dados fornecidos pela Gerência de Segurança Pública e Gerência de Direitos Humanos – semcit/pmc. (Cariacica).

⁸Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências – Sinan-NET. (Frequência por Ano da Notificação segundo Município – ES). Dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

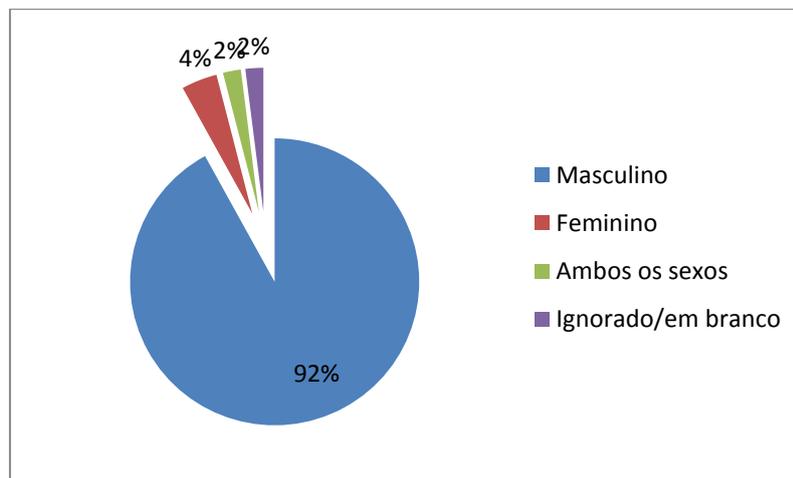
Gráfico 1- Número de Notificações Segundo Faixa Etária da Vítima



Fonte: Cariacica (2011b, p.14)

Quanto ao sexo do agressor, conforme as notificações recebidas pela Vigilância Epidemiológica de Cariacica, a maioria é do sexo masculino, totalizando 92% dos agressores. As mulheres autoras da violência representam 4% do total das denúncias e em 2% dos casos a violência é praticada por ambos os sexos. E em dois 2% dos registros o sexo é ignorado. Ver o gráfico abaixo.

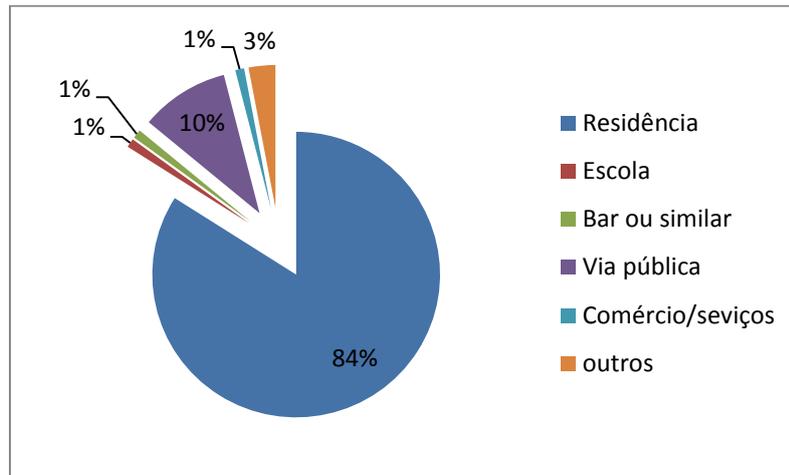
Gráfico 2- Sexo do Agressor



Fonte: Cariacica (2011b, p.15)

No que diz respeito ao local de ocorrência da violência, segundo os dados registrados junto ao NUPREV, em primeiro lugar está a residência da vítima, representando 84%; seguida da via pública, com 10%; e as escolas, bares ou similares e o comércio/serviços, representando 1% dos locais em que a vítima é agredida, conforme mostra o gráfico abaixo. Em 3% dos casos, não foi identificado o local da agressão.

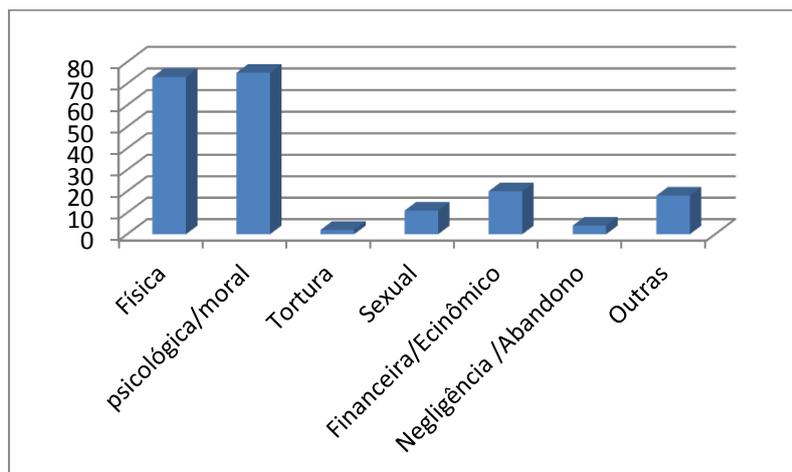
Gráfico 3- Local de Ocorrência da Violência



Fonte: Cariacica (2011b, p.16)

Quanto aos tipos de violência notificados em 2010, de acordo com o gráfico abaixo, observam-se maiores registros para a violência psicológica/moral, com 75%, seguida da violência física, com 73% dos registros. Logo atrás está violência financeira/econômica, com 20% dos registros, seguida da violência sexual, com 11%, de negligência e abandono, com 4%, e de tortura, com 2% dos casos notificados. Na categoria “outros” estão 18% dos casos. Os percentuais revelam que há casos onde há presença de mais um tipo de violência, em especial quando se tratam da violência física e da violência psicológica.

Gráfico 4- Tipos de Violência notificados

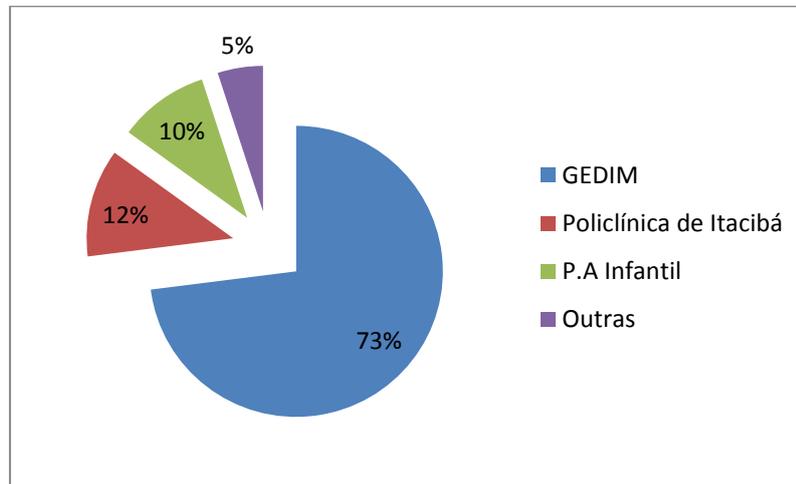


Fonte: Cariacica (2011b, p.17)

Com base nas notificações realizadas por alguns serviços de Cariacica e, posteriormente, enviadas para o NUPREV, conforme mostra o gráfico abaixo, percebeu-se que quem mais

registrou notificações no ano de 2010, foi a GEDIM, com 73% dos registros; seguida do PA de Itacibá com 12% das notificações; e o PA Infantil, com 10%.

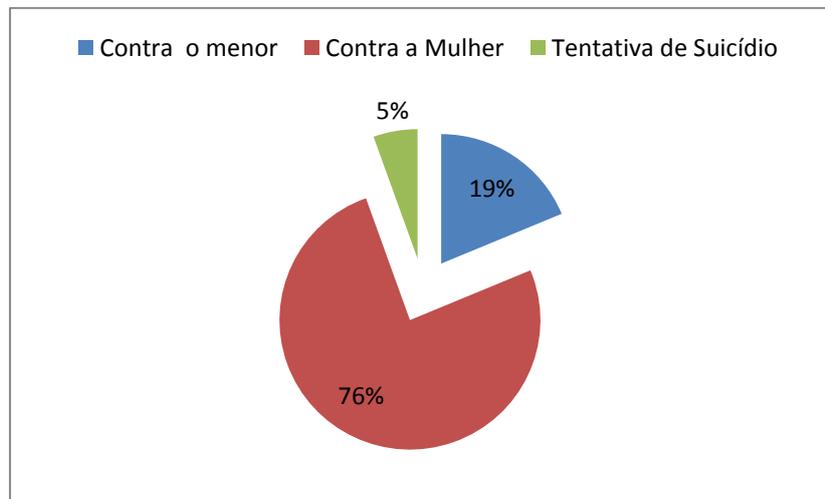
Gráfico 5- Frequência de Notificação por Unidade Notificadora



Fonte: Cariacica (2011b, p.18)

No ano seguinte, em 2011, foram notificados 219 casos de violência, desses, 166 foram de violência contra a mulher. Os casos notificados estão divididos entre violência contra a criança e o adolescente, violência contra a mulher e tentativas de suicídio, sendo que 76% do total referem-se à violência contra a mulher; 19%, violência contra a criança e adolescente; e 5% foram tentativas de suicídio, é o que nos mostra o gráfico a seguir.

Gráfico 6- Notificação dos Casos de Violência

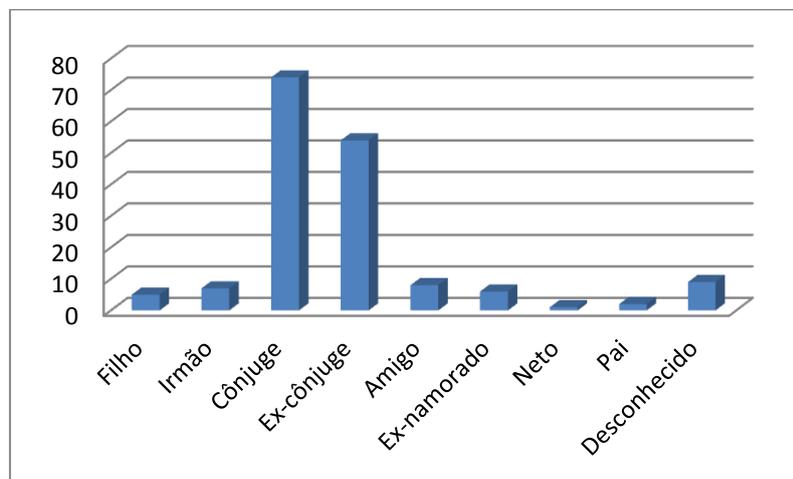


Fonte: Cariacica (2012, p.6)

A maioria das vítimas é negra, com baixa escolaridade, moradora de periferia.⁹Também registra o NUPREV que, na maioria das vezes, a violência é recorrente: dos 166 casos de violência contra a mulher notificados em 2011, apenas 22 foram relatados como primeiro episódio (CARIACICA, 2012).

Outro aspecto que chama a atenção diz respeito ao tipo de vínculo existente entre o agressor e a vítima. Ver gráfico abaixo.

Gráfico 7- Vínculo Entre a vítima e o Agressor

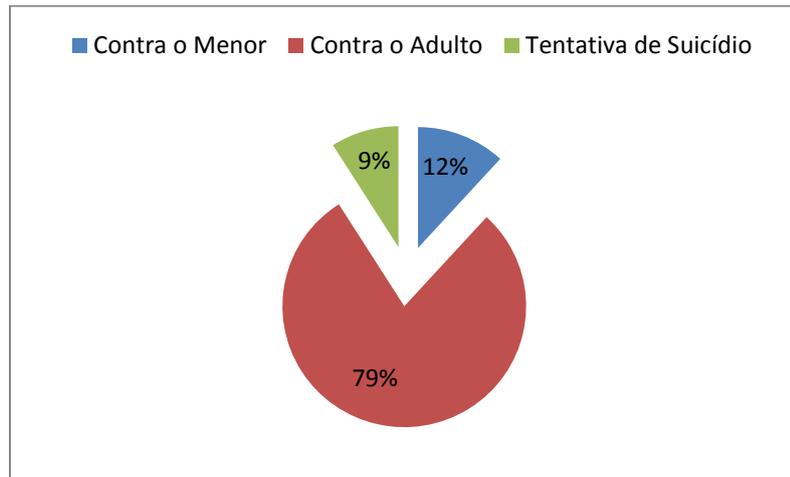


Fonte: Cariacica (2012, p.7)

Quanto ao ano de 2012, o gráfico a seguir nos mostra que, apenas no primeiro semestre, foram registrados 144 casos de violência, sendo que 17 notificações correspondem aos casos de violência contra a criança e o adolescente, 13 foram tentativas de suicídio e 114 casos foram violência contra o adulto, sendo que desse, 106 eram de violência contra a mulher (CARIACICA, 2012a).

⁹ Apesar de os dados registrados construírem um perfil da mulher vítima, a literatura tem revelado que mulheres brancas, alfabetizadas, possuidoras de autonomia financeira e com nível de renda elevada também são vítimas de violência doméstica.

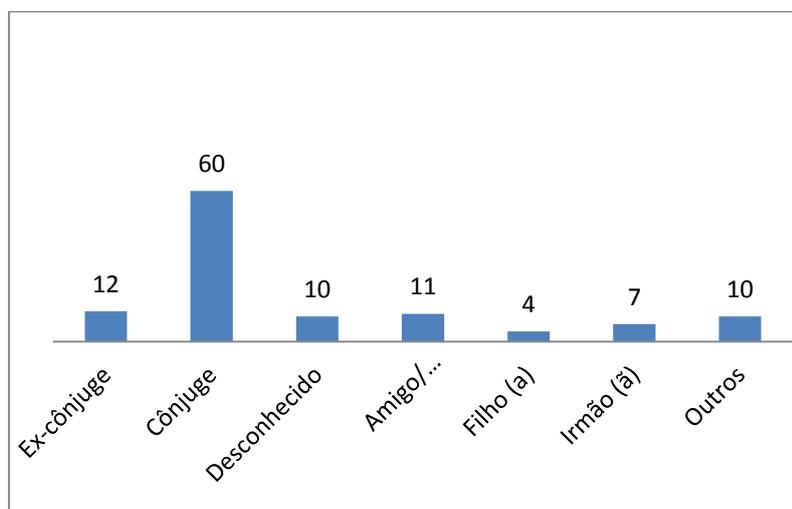
Gráfico 8 - Notificação dos casos de Violência



Fonte: Fonte: Cariacica (2012a, p.6)

Essas agressões, na maioria das vezes, acontecem na residência da vítima, e são causadas pelos próprios cônjuges. Como pode ser observado no gráfico a seguir.

Gráfico 9 - Vínculo entre a vítima e o agressor



Fonte: Fonte: Cariacica (2012a, p.7)

Diante desses dados, percebe-se que Cariacica tem um alto índice de violência contra as mulheres, o que demanda maior investimento de políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher.

2.3 A RELAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E O PROCESSO DE ADOECIMENTO DE MULHERES

A violência, em suas diversas expressões, traz prejuízos incontáveis para a saúde da população e afeta o bem-estar e a qualidade de vida dos que a sofrem. Como afirma Lucena (2010, p. 22), “Sutil ou explícita, a violência atinge os espaços públicos e privados: fere, estressa, mutila, faz adoecer e mata seres humanos”. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não é apenas ausência de doença; ela está relacionada ao completo bem-estar biopsicossocial. Portanto, a violência é responsável pelo adoecimento físico e/ou psicológico das pessoas e de comunidades inteiras. De acordo com o Ministério da saúde, “As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais” (BRASIL, 2001a, p. 47). Diante disso, podem-se perceber a magnitude da violência e suas sequelas, que vão muito além dos ferimentos nos corpos, atingindo a subjetividade dos que a vivenciam.

Minayo, em seu Livro *Saúde e Violência*, traz algumas discussões sobre o assunto e aborda algumas questões e os efeitos da violência no processo de adoecimento das pessoas. De acordo com Minayo (2006, p. 45),

[...] ela afeta fortemente a saúde: 1) provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; 2) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; 3) exige uma readequação da organização tradicional dos serviços de saúde; 4) coloca novos problemas para o atendimento médico preventivo ou curativo e 5) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando as necessidades dos cidadãos.

A violência, portanto, seja ela de qualquer natureza, tornou-se um problema de saúde pública e hoje é caracterizada como uma epidemia, e isso se dá devido as suas implicações na saúde, pois o corpo reflete o processo de violência vivenciado ao longo da vida.

Em seu conjunto, as violências podem ser físico-psicológicas, verbais e sexuais. As dores por elas produzidas são o aviso do sofrimento da alma/corpo em busca de expressões das emoções que têm na dor o seu SOS. Corpo que fala e denuncia a perda da qualidade de vida, a doença, a morte. (LUCENA, 2010, p. 166)

No que diz respeito à saúde da mulher, “As violências contra as mulheres são, além de importantes indicadores de submissão ao mundo masculino, fatores de adoecimento e morte”

(LUCENA, 2010, p. 165). No entanto, esse é um tema que só recentemente, nos anos de 1990, entrou para a agenda pública na área da saúde, devido ao reconhecimento do agravo à saúde das mulheres, provocado pela violência, que, “Pelo número de suas vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE apud MINAYO, 2006, p. 49). Porém, a intervenção da Saúde no campo da violência ainda constitui um grande desafio. No caso específico das mulheres, “A introdução da violência contra a mulher na agenda da Saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições.” (MINAYO, 2006, p. 48)

A violência contra a mulher tem como consequência os agravos à saúde. Muitas são as doenças ocasionadas pela violência, principalmente quando esta vem de um parceiro íntimo, fato que agrava ainda mais a situação pelo motivo de que a vítima está sempre vulnerável, sob constante ameaça e medo. Dessa forma, as mulheres vítimas de violência necessitam em maior grau dos serviços de saúde e muitas vezes suas queixas vagas não levam a um diagnóstico preciso do profissional de saúde por se encontrar ele despreparado para perceber que, por trás dos sintomas, existe uma violência velada, praticada dia após dia por quem a mulher menos espera, seu parceiro. A violência está diretamente associada ao processo de adoecimento e interfere de forma significativa na saúde da população. No que se refere à violência doméstica contra a mulher, o processo de adoecimento pode ser ainda mais crônico, pois as vítimas sofrem cotidianamente uma violência velada e, quando não pagam com a vida, sofrem aos poucos um processo de adoecimento físico e psicológico. Afirma Lucena (2010, p. 188):

Os traumas sofridos pelas vítimas são de natureza muito grave e variada: equimoses, hematomas, contusões, queimaduras, estrangulamentos, fraturas com uso generalizado de vários tipos de armas. As lesões visam a cabeça, o rosto e/ou podem ser dissimuladas em áreas cobertas pelas roupas. Os traumatismos dentários, da face, dos olhos e dos ouvidos são bastante frequentes.

As práticas violentas acometem tanto a saúde mental quanto a saúde física. No que diz respeito à saúde mental, podem trazer várias alterações psicológicas, como os sintomas psicossomáticos, entre eles insônia, pesadelo, medo, depressão, ansiedade, falta de concentração, irritabilidade, crise de pânico e baixa autoestima, ou seja, traumas irreversíveis na saúde da mulher, podendo levar a vítima a cometer suicídio (BRASIL, 2001). A

repercussão da violência na saúde física se dá muito além dos traumas e hematomas no corpo, ocasionados pelas agressões, que “[...] nunca são isoladas, sendo acompanhadas de injúrias, ameaças diversas, e de relações sexuais forçadas. O sofrimento vivido é intenso, e pode incapacitar profundamente a mulher por patologias crônicas que põem em sério risco a sua integridade físico-mental” (LUCENA, 2010, p. 188). Assim, “A violência produz agravos à saúde física e mental, dificuldades no emprego, na aprendizagem, riscos de prostituição, uso de drogas e outros comportamentos de risco.” (REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE, 2010, p. 2)

Os estudos indicam que a violência de qualquer natureza gera prejuízos irreversíveis à saúde e interfere também no convívio social, no mercado de trabalho e na vida econômica. Como afirma Agudelo (1990), a violência “Representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça à vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (AGUDELO apud MINAYO, 1994, p. 9). Ainda, Minayo ao citar a Organização Pan-Americana da Saúde traz que,

[...] a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (...). O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE apud MINAYO, 1994, p. 9)

Segundo o Ministério da Saúde, em “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001 b), as mulheres que sofrem violência constituem o público mais frequente dos serviços de saúde. Elas se dirigem às unidades de saúde quando a situação já está crítica. De acordo com o documento, “[...] muitas vezes a violência impede que elas façam um acompanhamento de rotina, com exames de prevenção pela baixa autoestima ou por vergonha” (BRASIL, 2001 b, p. 47). Essa situação de vítimas de violência, segundo Oliveira e Zamprogno (2010), vem provocando o aumento de depressão e ansiedade entre as mulheres.

No caso da violência sexual, que, em alguns casos, pode ser caracterizada como violência doméstica, a detecção do problema e o tratamento profilático podem evitar fatos mais graves. A profilaxia contra a gravidez – o acesso à pílula do dia seguinte – e contra DST/AIDS – o acesso ao coquetel –, consequências possíveis de um estupro, deve ser administrada num

curto período de tempo. Esse tratamento muitas vezes não é realizado pelas vítimas, pois, no caso de violência doméstica, o agressor encontra-se muito próximo impedindo que a mulher chegue até os serviços existentes.

A busca pela cura desses problemas, no entanto, torna-se inútil na medida em que o fator determinante – a violência – não é afastado. De acordo com D'Oliveira et al (2009, p. 1038), “[...] mulheres que vivem/viveram violência doméstica e sexual têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicos e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência”. Quando a violência vem acompanhada do uso de armas, socos, pontapés, queimaduras e/ou gestos de estrangulamento, deixando marcas visíveis no seu corpo, tende a afastar a mulher do seu convívio social pela vergonha que sente.

Estudos também mostram que a violência física vem sempre acompanhada da violência psicológica. As mulheres que sofrem agressão têm o seu psicológico afetado, manifestando baixa autoestima, assim como outras doenças provenientes das agressões. As consequências trazidas pelas agressões são inúmeras e acometem significativamente a saúde e a vida das mulheres. A violência gera prejuízos irreversíveis para a saúde tanto física quanto mental, causando doenças sexualmente transmissíveis, depressão, baixa autoestima e tentativas de suicídio.

A violência contra as mulheres traz inúmeras repercussões para a saúde. No que se refere à saúde física e mental, encontra-se, entre as mulheres que sofrem violência, maiores índices de suicídio ou abuso de álcool e outras drogas, queixas vagas, cefaléia distúrbios gastrintestinais, sofrimento psíquico em geral e [...] maior risco de contrair AIDS. (QUEIROZ; PORTELLA, 2008, p. 47)

Segundo a OMS, a cada cinco anos de violência, as mulheres perdem um ano de vida saudável. Assim, pode-se considerar a violência contra a mulher um problema de saúde pública, visto que muitas delas adoecem a partir de violência sofrida em casa e que os filhos presenciam esses atos podendo tornar-se agressores futuramente. A OMS declara: “As consequências do abuso são profundas, indo além da saúde e da felicidade individual e afetando o bem-estar de comunidades inteiras” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, apud LEAL, 2009, p.1). Isso pôde ser comprovado no trabalho de conclusão de curso de

Oliveira e Zamprogno (2010)¹⁰, por meio de uma entrevista feita com uma enfermeira da Unidade Básica de Saúde de um município de Vitória.

O que mais se observa como reflexo da violência é que não é algo escancarado, é uma espécie de cronificação como, por exemplo, temos pessoas que são poliqueixosas, com queixas inespecíficas como tonteiras, náuseas, a maior manifestação percebida é através destas queixas e uma procura frequente aos serviços. Na maioria das vezes o paciente que é agredido chega até a Unidade de Saúde agressivo, querendo prioridade no atendimento. (OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010, p. 83-84)

Nas relações de casal, geralmente o homem violento tem outras parceiras, e, em casos de violência sexual, aumenta o risco de a mulher contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), entre outras. Há um risco muito grande para os bebês, no caso de mulheres grávidas, pois estudos mostram que estas tendem a ser alvos de violência sexual praticada por seus parceiros; e quando não grávidas, pode ocorrer uma gravidez indesejada, e, mais uma vez, a mulher se sente invadida.

É sabido que grande parte das mulheres sofre com problemas de saúde desenvolvidos pela violência sofrida são problemas físicos e psicológicos, que podem levar ao suicídio. Além disso, a violência expõe as mulheres a condições ainda mais vulneráveis quando muitas passam a consumir o álcool e outras drogas com o intuito de “esquecer ou amenizar” o ocorrido, agravando ainda mais a sua saúde.

Em seu trabalho de conclusão de curso, Oliveira e Zamprogno observam que, além de as questões de gênero estarem intimamente ligadas à prática da violência doméstica, o uso de álcool e outras drogas é outro fator que contribui para essa prática e que também tem afetado a saúde de muitas mulheres, pois algumas delas também passam a consumir álcool e drogas em virtude da violência vivida e do sofrimento crônico em que se encontram. Em entrevista, uma vítima de violência relata que: “Já estava ingerindo bebida, agora eu parei; cigarro que eu nunca fui de fumar, eu estava fumando, mas tudo devido ao problema com ele. Eu me irritava com ele. Eu nem sabia fumar direito, mas acendia o cigarro e ficava o tempo todo fumando pra lá e pra cá.” (OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010, p. 85-86)

¹⁰Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Intitulado *As implicações da violência doméstica na saúde da mulher*, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

Diante dessa exposição, percebe-se a necessidade de se introduzirem as discussões sobre violência na agenda da saúde pública, essas discussões estas que vêm acontecendo de forma muito lenta, porém gradativa, visto que “Vários estudiosos da atualidade observam que se torna cada vez mais necessária uma epidemiologia da violência, inclusive uma epidemiologia dos problemas psiquiátricos gerados por ela.” (MINAYO, 1997, p. 521)

Pode-se perceber, contudo, que os aspectos históricos e culturais existentes em uma sociedade levam a práticas que influem no processo de adoecimento das mulheres. A história social influencia as nas condições biológicas, determinando a probabilidade do aparecimento de doenças. Por isso, deve-se pensar no processo saúde/doença não isoladamente, mas em conexão com outras diversas áreas do conhecimento, como saúde, educação, segurança pública, modo de produção (economia), trabalho com processos históricos e culturais que influenciam as atitudes de determinados grupos sociais. Daí a importância de um trabalho interdisciplinar que possa articular a realidade da violência vivida por muitas mulheres aos diversos campos de conhecimento e que possa interpretar o fenômeno da violência por meio das múltiplas causas e fatores que levam a esta prática, inclusive os que estão ligados às práticas culturais que fazem com que o machismo seja uma peça fundamental para o exercício da violência contra as mulheres. É necessário, pois, proceder-se a esse trabalho interdisciplinar, visto que o enfrentamento da violência não é somente uma questão de saúde, jurídica ou econômica; é preciso curar, mas também prevenir.

É no âmbito dessas questões que trabalhamos o objeto ‘Violência e seu impacto na saúde’, articulando saberes de várias disciplinas, contribuições de vários campos profissionais, com a certeza de que apenas uma abordagem intersetorial e interdisciplinar consegue abranger a problemática em questão. (MINAYO, 1998, p. 522)

Outra abordagem interessante é o trabalho intersetorial. “Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social e práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral, possam ser oferecidas” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p. 1039). É essencial que se tenha um diálogo entre a saúde pública, que, na maioria das vezes, é a porta de entrada das mulheres vítimas de violência, com outros serviços, como segurança pública, serviço social, educação, de modo que se forme uma rede bem estruturada e articulada juntamente com a sociedade civil para assistir essas mulheres e prevenir a violência contra a mulher. De acordo com Minayo (1998, p. 529), “Seja como for, qualquer esforço interdisciplinar só tem sentido

no terreno prático, onde os profissionais de saúde possam somar colaborações interinstitucionais e intersetoriais e buscar apoio da sociedade civil.”

Sabe-se que a violência gera prejuízos à saúde dos que a sofrem, e, por isso, na maioria das vezes, as vítimas procuram, em primeiro lugar, os serviços de saúde, devido às suas queixas, muitas vezes vagas, porém crônicas. Em vista disso, “A violência doméstica, a mais comum das violências contra a mulher, deve ser detectada pelo profissional de saúde e ancorada como questão de saúde pública” (GARBIN et al., 2006, p. 2568). O profissional de saúde pode minimizar a violência sofrida pelas mulheres; porém, em decorrência do despreparo do profissional, dos seus muitos afazeres, do fato de ele se sentir inseguro e não saber quais redes e serviços existentes podem ser acionados para o encaminhamento das vítimas e, principalmente, por causa da cultura que prevalece expressa no velho ditado popular: “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, muitas vezes os casos de violência não são percebidos ou denunciados por esse profissional. Segundo Costa e Guimarães (2002), a falta de compreensão sobre as causas da violência contra as mulheres e a ausência da temática violência na formação acadêmica leva os profissionais de saúde a negligenciarem o atendimento: “Muitas mulheres violentadas não recebem a atenção e o apoio necessário dos serviços de saúde. A maioria é despreparada e omissa. Também há preconceito sob a alegação de que o assunto foge à alçada dos serviços de saúde” (COSTA; GUIMARÃES, 2002, p. 13). Por isso, registra-se a urgência da capacitação dos profissionais de saúde e a elaboração de políticas públicas que se façam eficazes no tratamento das questões relacionadas à violência contra a mulher, em todos os sentidos, principalmente no que tange à prevenção e à mudança de cultura da população em relação às questões de gênero e de direitos humanos.

As mulheres vítimas de violência exigem dos serviços de saúde um atendimento específico e qualificado. Para o Coletivo Feminista, por exemplo, o atendimento “[...] requer uma técnica específica de conversa e um bom conhecimento das referências existentes (jurídico, policial, serviço social, psicologia, [etc] para que o profissional possa apoiar a mulher a tomar a decisão sobre a melhor alternativa no seu caso” (SÃO PAULO, 2007, p. 31-32). A mulher necessita não somente de um atendimento curativo. De acordo com Lucena “Para a mulher, além disto, se refere a atenção, carinho, reconhecimento como ser humano num momento de dor e de fragilidade. Momento este que implica em necessidades especiais advindas do sofrimento físico-psíquico.” (LUCENA, 2010, p. 75)

Cada área tem sua particularidade. A saúde tem como prioridade a vítima e o cuidado sobre ela; já para a área jurídica, o que está em evidência é o agressor, e busca-se a punição. Por isso, a necessidade de introduzir em cada área discussões acerca da violência contra a mulher, mais precisamente as discussões sobre gênero, a fim de sensibilizar os profissionais quanto à importância de perceber, em cada atendimento, o que está por trás dos sintomas, pois a violência contra a mulher é marcada pela invisibilidade e somente um profissional capacitado e sensibilizado é capaz de perceber, sem que a vítima fale, pois a maioria das mulheres que passam pela experiência da violência “Sentem-se envergonhadas ou humilhadas, culpadas pela violência, temendo por sua segurança ou a de seus filhos.” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p. 1024)

É importante conhecer o que está imbricado nas relações de violência e, a partir daí, desenvolver trabalhos que possam contribuir para sua redução. Por isso, a saúde precisa das incorporações das temáticas de gênero e violência em sua agenda, para desvendar o que está por detrás dos agravos à saúde das mulheres, provocados pelas agressões sofridas por seus companheiros no âmbito dos seus lares. Para Hamann e Costa, “O enfoque de gênero constitui uma das mais importantes contribuições para desnaturalizar e problematizar os fenômenos e os eventos ligados ao processo saúde-doença.” (HAMANN; COSTA, 2000, p. 18)

Sabe-se que a violência contra as mulheres é um problema histórico e cultural presente na sociedade desde a colonização e que está diretamente ligada à visão machista e patriarcal que orienta as ações das pessoas e as estruturas presentes na sociedade, onde quem “manda” é o homem. Diante disso, alguns autores ressaltam a importância da categoria gênero para a saúde: “Gênero se relaciona ao processo de construção de uma nova perspectiva sobre mulheres e homens que, na área da saúde, permite redimensionar as suas necessidades.” (VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, p. 1003)

As discussões sobre a saúde da mulher que emergiram nos anos de 1980, em que se tratava puramente de questões reprodutivas, hoje tem um cenário bem diferente, fruto de um avanço da saúde coletiva, que entende o ser humano como um ser biopsicossocial, cuja saúde está relacionada com diversos fatores e ramos do conhecimento. Devido a isso, as questões de gênero, violência, direitos sexuais e reprodutivos entraram em cena a fim de propiciar um melhor entendimento do processo de adoecimento e de promover a saúde da população, em especial das mulheres.

Percebe-se que houve um avanço em relação às discussões da área da saúde, bem como a incorporação de fatores necessários para se compreender melhor o fenômeno saúde-doença. No que se refere à inserção da temática de gênero nessas discussões, o que, antes, não passava apenas de diferenças sobre os corpos é, hoje, essencial para entender os processos de sofrimento e adoecimento da população. Porém, introduzir as temáticas de gênero e direitos humanos na área da saúde é um desafio que exige muita luta dos diversos ramos do conhecimento juntamente com a sociedade civil.

Diante da sua magnitude, a violência contra as mulheres tornou-se uma epidemia, visto que acomete a saúde de centenas de mulheres e de comunidades inteiras. Ela deixa sequelas que afetam a saúde física e mental das mulheres e de todos os membros da família que sofrem ou presenciam a violência, tornando-se essas vítimas usuárias assíduas dos serviços de saúde.

Sendo assim, fazem-se necessários o reconhecimento das desigualdades de gênero existentes entre homens e mulheres e a implementação de políticas públicas transversais que atinjam todas as camadas da população, para a promoção da saúde e qualidade de vida das mulheres, conseqüentemente, da família e da sociedade, promovendo-se ações de prevenção e proteção no que tange às questões relacionadas à violência contra a mulher.

3 A SAÚDE PÚBLICA NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: A LEI Nº 10.778/2003

Na atualidade, quando avança sobre o interesse público, o neoliberalismo deixa um cenário de “terra arrasada”. Muitas conquistas obtidas pelos trabalhadores brasileiros no campo das políticas públicas foram extintas ou precarizadas. No que se refere às mulheres, acontece um paradoxo: ao mesmo tempo em que elas conseguem a implementação de políticas públicas no campo da segurança pública, têm que lidar com um sistema saúde frágil. Tal paradoxo no âmbito das políticas governamentais compromete a existência de redes de serviços que poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida e de saúde das mulheres brasileiras. Dai a necessidade de se entender, historicamente, o Estado, isto é, como se revela ele em distintos momentos históricos. Entre as suas fases, é importante compreender com propriedade o Estado Neoliberal, que afeta a vida dos trabalhadores de forma geral e, de forma particular, a vida das mulheres. Somente compreendendo as questões de fundo que determinam a realidade é que é possível pensar em uma intervenção mais qualificada, seja como profissionais, como pesquisadores, seja como militantes sociais.

3.1 O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS?

Para melhor compreensão dos termos políticas públicas e políticas sociais, é preciso entender o significado do termo política. Afirma Pereira (2009, p. 88):

De origem grega, a política era associada à *polis*, isto é, à cidade, e indicava toda atividade humana que tinha como referência as esferas social, pública e cidadã. Posteriormente, com a obra de Aristóteles intitulada *política*, o conteúdo do termo se ampliou e passou também a significar o estudo do tema, ou o saber construído sobre essa esfera de atividade. No decorrer do tempo, o termo política foi perdendo o seu sentido original e adquirindo várias conotações, mas mantendo como centro da atividade política o Estado. Modernamente, o estudo da atividade política também recebeu outras denominações como *ciência do Estado*, *ciência política*, entre outras.

Segundo Oliveri (2012), em *A Política*, Aristóteles elaborou o primeiro tratado sobre a natureza, funções e divisão do Estado. Dessa forma, política passou a ser entendida como a arte ou ciência do governo.

Ainda de acordo com Oliveri (2012), com o passar dos tempos, *Política* passou a designar obras dedicadas ao estudo das atividades humanas, que, de algum modo, se referem ao Estado. Posteriormente, no seu sentido moderno, passou a englobar as ações do Estado diante das necessidades sociais (PEREIRA; STEIN, 2010), para designar sobretudo as atividades, as práticas relacionadas ao exercício do poder de Estado. Dessa forma, tem-se a política como ferramenta de negociação, o que passou a ser chamado de política pública. Segundo Pereira (2009, p. 93), “Destaca-se por não ter como objeto privilegiado as estruturas dos governos, ou o comportamento dos atores políticos, e nem o que os governos podem ou não fazer, mas sim o que os governos efetivamente fazem.”

Posto isto, a política pública está relacionada com as ações realizadas pelo Estado para garantir os direitos da sociedade de acordo com a necessidade colocada por diversos grupos sociais, ou seja, o termo *política pública* relaciona-se mais estritamente com o termo *público*, de todos que visam ao interesse geral e à efetivação dos direitos já garantidos por lei e conquistados pela sociedade. Para Pereira (2009, p. 94), a política pública é uma “[...] ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo”. No que tange à política social, sem um conceito específico, entende-se política social como uma modalidade da política pública, tendo como objetivo a proteção social.

Cabe ressaltar aqui que as políticas públicas e, conseqüentemente, as políticas sociais se constituem em um determinado período histórico e, portanto, não permanecem estáticas, e sim mudou de acordo com as necessidades apresentadas pela população em consonância com a realidade e o processo histórico em que se encontra a sociedade em determinado momento. As políticas públicas “[...] mudam e variam no tempo e no espaço. Elas não têm um só perfil e uma única destinação.” (PEREIRA, 2009, p. 99)

É preciso enfatizar também que, em meio ao neoliberalismo, muitos direitos conquistados pela sociedade são relativizados para beneficiar os grandes capitalistas. Afirmam Behring e Boschetti (2008, p. 62),

As políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício. Para os liberais, o Estado não deve garantir políticas sociais, pois os auxílios sociais contribuem para reproduzir a

miséria, desestimulam o interesse pelo trabalho e geram acomodação, o que poderia ser um risco para a sociedade de mercado.

Percebe-se que os direitos sociais, os quais foram conquistados pela sociedade após muitas lutas, são “esquecidos” pelo Estado (neo)liberal para favorecer o capital, com um falso argumento de que a garantia desses direitos estimularia o ócio. Esse fato provoca a ausência da intervenção estatal, deixando alguns serviços que poderiam ser prestados pelo Estado a cargo privado.

3.2 O ESTADO NEOLIBERAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Para maior compreensão das políticas públicas no Brasil, principalmente aquelas destinadas às mulheres, é de suma importância conhecer as fases do Estado moderno no contexto das sociedades capitalistas, desde o Estado Liberal, passando pelo Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), chegando até a atualidade, com o Estado Neoliberal. Assim, pode-se compreender melhor o trajeto dos direitos conquistados pelas mulheres, tanto na área jurídica quanto no campo da saúde.

A formação do Estado moderno data do século XVI com a desintegração da sociedade feudal. Engels, em seu livro *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, vê no Estado moderno um representante das ideias hegemônicas da classe burguesa, a qual surgiu para servi-la. Afirma ele:

Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida. Assim, o Estado antigo foi, sobretudo, o Estado dos senhores de escravos para manter os escravos subjugados; o Estado feudal foi o órgão de que se valeu a nobreza para manter a sujeição dos servos e camponeses dependentes; e o moderno Estado representativo é o instrumento de que se serve o capital para explorar o trabalho assalariado. (ENGELS, 2002, p. 193)

Segundo Motta (2010, p. 395), “O Estado moderno caracteriza-se por um conjunto de práticas que reproduzem um domínio de saber no qual grande parcela da população está excluída”. Ao

mesmo tempo, o Estado moderno passou por diversas transformações, o que alguns autores chamam de fases do Estado moderno. Seriam elas: o Estado Liberal, o Estado de Bem-Estar Social e o Estado Neoliberal.

A primeira fase do Estado moderno, o Estado Liberal, é caracterizado, segundo Toledo (1997, p. 72), pela separação entre Estado e economia e “Pela tentativa de reduzir a política à chamada sociedade política, isto é, por tentar despolitizar as relações econômicas e sociais”.

Toledo (1997) sintetiza o liberalismo em três elementos: o individualismo, o naturalismo e o progresso da sociedade baseado na razão. Para Adam Smith, os interesses individuais dariam origem aos benefícios sociais. Segundo ele, “O homem deixado à sua iniciativa, ao dar seguimento ao seu próprio interesse (egoísta), promove o dos demais” (SMITH, apud TOLEDO, 1997, p. 73). Dessa forma, a teoria de Adam Smith vai ao encontro da visão de Hobbes, para quem o ser humano é individualista e competitivo. Segundo Locke, isso é o que impulsionaria a sociedade para um grau de desenvolvimento; porém, essa liberdade e concorrência entre os indivíduos podem levar à guerra. Para Locke, considerado o pai do liberalismo, todos nascem livres e iguais. Ele vê o corpo como a grande propriedade do ser humano e vê o surgimento do Estado como forma de proteger a propriedade privada, porém sem intervir na vida econômica, o que o direito natural não podia resguardar por si só.

O Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), a segunda fase do Estado, desenvolveu-se principalmente na Europa após a Segunda Guerra Mundial. Diferentemente do Estado Liberal, o Estado do Bem-Estar Social intervém na vida econômica, política e social da sua nação, para suprir as necessidades da população e diminuir as desigualdades existentes impostas pelo capital. Gomes apresenta a seguinte definição dessa fase do Estado Moderno:

A definição de *Welfare State* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir uma certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. (GOMES, 2006, p. 203)

Nesse período, o Estado intervém na área social, produtiva, e na relação entre capital e trabalho a fim de evitar os conflitos sociais, e, através da política social, o capital tenta conter a luta de classes. Em 1975, dá-se a crise do *Welfare State* nos países da Europa, gerada pela

influência do grande capital. No Brasil, não se constituiu um Estado de Bem-Estar Social. Apesar de ter-se começado a caminhar para isso, as reformas da previdência e as lutas dos trabalhadores não foram suficientes e os benefícios oferecidos foram poucos.

O neoliberalismo constitui a terceira fase do capitalismo e vai até os dias atuais. Ele surge após a crise do Estado de Bem-Estar Social, do modo de produção fordista, dentre outras crises, com o objetivo de superá-las e de reestruturar o capital com uma redução da intervenção do Estado na economia. Sendo assim, cada vez mais explora a força de trabalho visando ao lucro dos grandes detentores do capital. Afirma Montaño (2006, p. 143): “Como solução parcial à crise capitalista, o neoliberalismo pretende a reconstituição do mercado livre, reduzindo e inclusive eliminando a intervenção social do Estado em diversas áreas e atividades”. Para os neoliberais, “O intervencionismo estatal é antieconômico e improdutivo [...] sobretudo porque desestimula o capital a investir e os trabalhadores a trabalhar.” (LAURELL, 1997, p. 162)

Behring e Boschetti (2008, p. 131) afirmam: “A redução e/ou manutenção dos gastos públicos implicaram também a redução dos gastos com o sistema de proteção social”. Temos, nesse cenário, maior desregulamentação dos direitos, privatização dos bens estatais e das principais funções sociais do Estado, como saúde, educação e segurança pública, transferindo o Estado suas responsabilidades para a rede privada. Menos recursos são destinados à área social, período em que os direitos sociais e trabalhistas sofrem uma redução, ou seja, temos cada vez mais o Estado a serviço do capital. “O liberalismo é, sem dúvida, a ideologia por excelência da burguesia” (PEREIRA, 2007, p. 15) e se representa num Estado que defende a liberdade de mercado, em que os interesses da burguesia acabam se tornando interesses de toda a sociedade.

Com o neoliberalismo, há uma diminuição das ações do Estado no que tange às políticas públicas que abarcam principalmente a população mais pauperizada em benefício do grande capital privado. Segundo Yamamoto (2009, p. 39), “O Estado premido pela necessidade de favorecer as finanças e garantir elevados índices de *superávit primário* tem estreitado seu espaço para realizar investimentos públicos e oferecer políticas sociais públicas essenciais ao desenvolvimento, em favor de sua privatização”. É por meio dos interesses da burguesia que o Estado supre algumas necessidades do proletariado, representando um Estado do *bem comum* e fazendo, com isso, com que o proletariado não se manifeste contra o Estado e nem ameace

seus interesses. “A política é a atividade humana central, o meio através do qual a consciência individual é colocada em contato com o mundo social e material, em todas as suas formas.” (HOBSBAWM, apud CARNOY, 2005, p. 89)

Segundo Laurell (1997), nos últimos anos, houve um aumento do desemprego e um número crescente da população na esfera da pobreza, e, nesse mesmo período, teve-se a diminuição da intervenção estatal, com a política neoliberal. Com a crise do capital, a ordem liberal é diminuir os gastos do Estado e as políticas direcionadas à população, justamente em um cenário de altos índices de desemprego e condições de saneamento precárias. As políticas de assistência social, um direito constitucional, passam da responsabilidade do Estado para as entidades filantrópicas, terceiro setor, como se fosse responsabilidade da população. Dessa forma, “As medidas neoliberais impuseram fortes retrocessos aos interesses conquistados.” (BOSCHETTI, 2009, p. 69)

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, no que concerne às políticas públicas na área da saúde, esta passa a ser uma política pública de direito do cidadão e dever do Estado. Institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade de atendimento, princípios estes que vão de encontro aos interesses do neoliberalismo. Dessa forma, mesmo com os princípios universalizantes, o SUS não contempla toda a sociedade, o que era de se esperar, pois não é de interesse do Estado contemplar a todos com um sistema público de saúde em meio a um Estado neoliberal de interesses capitalistas privados, deixando ele, assim, a cargo das indústrias particulares de saúde a assistência médica complementar, principalmente as mais caras, relacionadas às práticas curativas e cirúrgicas.

O setor privado em saúde do Brasil, formado tanto pela assistência médica supletiva como pelas indústrias farmacêuticas e laboratoriais, tem crescido expressivamente com a globalização, atuando com forte presença do capital financeiro e influenciando as tensões dentro do Estado em favor do mercado. (PIRES; DEMO, 2007, p. 67)

Percebe-se, portanto, que o Estado, em função do neoliberalismo, deixa a cargo da sociedade civil boa parte dos serviços que deveriam ser realizados por ele, para assim incentivar e beneficiar as empresas privadas e os donos do capital. Dessa forma, os direitos garantidos por lei acabam não sendo efetivamente cumpridos pelo Estado, o que culmina na redução e na restrição dos direitos para com a sociedade.

3.3 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PARA AS MULHERES

Será apresentado um breve histórico das políticas públicas e de mecanismos de defesa dos direitos da mulher. Primeiramente, serão abordadas as Conferências internacionais que serviram de base para o desenvolvimento de outras políticas no Brasil que contribuíram para o enfrentamento da violência contra a mulher, e mais adiante, serão abordadas as políticas públicas destinadas à área jurídica e as políticas do setor saúde. Isso permitirá compreender um pouco como se deu o trajeto das lutas femininas por direitos em meio a um Estado neoliberal que tem como princípio a não intervenção estatal, o que leva à precarização das relações de trabalho e, concomitantemente, à restrição dos direitos.

3.3.1 Conferências internacionais e os direitos humanos das mulheres

Após muitas lutas do movimento feminista, as mulheres se deparam com um Estado neoliberal que adota a política da mínima intervenção do Estado na vida política, social e econômica da população e, principalmente, na esfera das políticas sociais. Porém, diante da realidade da violência sofrida por muitas mulheres, elas não se calaram e, com incansáveis lutas pela garantia dos seus direitos, conseguiram com que, na década de 1980 surgissem as primeiras políticas públicas destinadas às mulheres. Eva Blay, em seu livro *Assassinato de Mulheres e Direitos Humanos*, ressalta a importância das políticas públicas quando escreve que “Para enfrentar esta cultura machista e patriarcal, são necessárias políticas públicas transversais que atuem modificando a discriminação, demonstrando que os direitos das mulheres são direitos humanos.” (BLAY, 2008, p. 222)

Foi por meio dos tratados e convenções internacionais e da luta dos movimentos feministas que o Brasil passou a assumir um compromisso com os direitos humanos e, principalmente, com a luta pela discriminação e erradicação da violência contra a mulher, introduzindo assim, em sua agenda, o enfrentamento a violência contra a mulher. Desde a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, abriu-se caminho para a discussão dos direitos das mulheres.

Diante dos agravos ocasionados à saúde das mulheres, nota-se que, a partir da década de 1960, as mulheres começaram uma intensa luta em prol da implementação de políticas públicas que visassem acabar com a violência sofrida por elas e também a pôr fim à impunidade com que ficavam os agressores após cometerem vários crimes contra a vida de suas parceiras. Sendo assim, após muitas lutas, o período de 1976 a 1985 foi declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a *década da mulher*, dando origem a uma série de conquistas para as mulheres, como convenções, conferências e tratados que visavam acabar com a violência perpetrada contra as mulheres.

Em 1948, com a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, dá-se o início de uma nova era. Com essa Declaração, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece os direitos humanos de todos, sem distinção de raça, credo, religião, sexo. Dessa forma, abriu-se espaço para a discussão dos direitos humanos das mulheres. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* considera que

[...] os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla [...].
(ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 1)

O documento ressalta ainda a liberdade e a igualdade em dignidade e direito entre as pessoas e, mais, condena a tortura e o tratamento desumano e degradante, reza a igualdade de remuneração entre as mesmas funções desempenhadas. Teles, ao abordar o tema direitos humanos, afirma:

Os direitos humanos são inerentes à pessoa independentemente de seu reconhecimento pelo Estado, cultura, nacionalidade, sexo, orientação sexual, cor, raça/etnia, classe social, faixa etária. Conforme seus princípios, toda pessoa, pelo simples fato de ser um ser humano, é titular de direitos. (TELES, 2007, p. 32)

Apesar da promulgação da *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, a violência contra a mulher não teve fim, e os direitos da mulher ainda continuaram a ser violados. A *Declaração Universal dos Direitos Humanos* foi apenas o começo de uma longa e árdua luta que se estende até os dias atuais, pois não se nota nesse documento a defesa específica e intransigente dos direitos das mulheres.

Em 1979, como resultado das lutas das mulheres, foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)*¹¹, um marco histórico na defesa dos direitos das mulheres. Assinada pelo Brasil em 1981 e ratificada em 1984, é uma lei internacional dos direitos das mulheres, que se baseia na promoção da igualdade entre homens e mulheres e no fim da discriminação contra as mulheres. Reconhece a Convenção alguns direitos, como civis, políticos, culturais, econômicos, como direitos das mulheres e cria uma agenda de atividades para a eliminação da violência contra as mulheres. A *CEDAW*, em seu artigo 1º, define a *discriminação contra a mulher* como

[...] toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1979, p. 2)

Os Estados, ao aceitarem a Convenção, se comprometem a desenvolver medidas para a eliminação das formas de discriminação contra as mulheres, estando sujeitos a um monitoramento internacional.

Os Estados-Partes tomarão, em todas as esferas e, em particular, nas esferas política, social, econômica e cultural, todas as medidas apropriadas, inclusive de caráter legislativo, para assegurar o pleno desenvolvimento e progresso da mulher, com o objetivo de garantir-lhe o exercício e gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de condições com o homem. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1979, p. 2)

Mesmo assim, não se deixa de presenciar a discriminação e a violência contra a mulher, pois, “Essa convenção não aprovou medidas que possibilitassem a denúncia em casos de discriminação e violação dos direitos humanos das mulheres, bem como tratou de forma superficial os direitos das mulheres.” (OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010, p. 54)

Com o intuito de fortalecer ainda mais a promoção e a proteção aos direitos humanos, em 1968, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Conferência Mundial de Direitos Humanos, e, em 1993, em Viena ocorreu a II Conferência Mundial de Direitos Humanos, que foi outro marco importante na defesa dos direitos das mulheres. A violência contra a mulher, antes da II Conferência Mundial de Direitos Humanos, não era considerada crime e passava pela defesa da honra. De acordo com Teles, “Entendia-se que eram questões privadas –

¹¹Sigla em inglês: Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women.

menores, portanto – e não mereciam ter um tratamento político e digno” (TELES, 2007, p. 11). Com a II Conferência, a ONU passa a reconhecer, a partir das reivindicações dos movimentos feministas mundiais, os direitos humanos das mulheres e afirma que a violência contra a mulher causa uma barreira ao desenvolvimento, tanto social quanto econômico entre os seres humanos. Reconhece também a violência contra a mulher tanto na vida pública quanto na privada, bem como a importância do seu enfrentamento em todas as esferas. A II Conferência Mundial de Direitos Humanos assim defende os direitos humanos das mulheres, expressos na *Declaração e Programa de ação de Viena*:

Os Direitos Humanos das mulheres e das crianças do sexo feminino constituem uma parte inalienável, integral e indivisível dos Direitos Humanos universais. A participação plena das mulheres, em condições de igualdade, na vida política, civil, econômica, social e cultural, aos níveis nacional, regional e internacional, bem como a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo, constituem objectivos prioritários da comunidade internacional. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993, p. 6)

No entanto, muitas ainda são as violações de direitos humanos presentes em nosso cotidiano, principalmente relacionadas às mulheres, que em sua maioria, sofrem com uma violência velada dentro de suas casas, praticada, sobretudo por seu companheiro, o que não era considerado crime, antes da Declaração de Viena, ao menos que resultasse em morte. Mesmo acontecendo em maior grau no espaço privado, elas também são violentadas no espaço público, em seus locais de trabalho e quando recebem salários menores que os homens ao desempenhar as mesmas funções. Daí percebe-se um prejuízo na vida social e econômica as mulheres.

A violência baseada no sexo da pessoa e todas as formas de assédio e exploração sexual, nomeadamente as que resultam de preconceitos culturais e do tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1993, p. 6)

Após um grande avanço com a Conferência de Viena, ocorreu a Declaração do Cairo, no ano de 1994, em que foram discutidas questões acerca da saúde da mulher e pela primeira vez sua saúde reprodutiva e sexual, bem como a necessidade da assistência do Estado para as mulheres com DST/AIDS e em situação de aborto (CRUZ, 2002).

A *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*, conhecida como “Convenção de Belém do Pará”, foi adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em junho de 1994 e foi ratificada pelo Brasil em

1995. Essa convenção tem força de lei e tornou visível à existência da violência contra a mulher. O Brasil, aos 10 anos da adoção dessa Convenção, assim se manifesta:

A eliminação da violência contra a mulher é condição indispensável para seu desenvolvimento individual e social e sua plena e igualitária participação em todas as esferas de vida; [...] a adoção de uma convenção para prevenir, punir e erradicar todas as formas de violência contra a mulher, no âmbito da Organização dos Estados Americanos, constitui positiva contribuição no sentido de proteger os direitos da mulher e eliminar as situações de violência contra ela. (BRASIL, 2004a, p. 18)

A Convenção de Belém do Pará reconhece as diversas formas de violência contra a mulher, inclusive a violência de gênero, e define a violência contra a mulher como “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2004a, p. 9). Desta forma, os Estados-Partes têm como obrigação criar meios para prevenir e erradicar a violência contra a mulher, garantindo uma vida digna e sem violência, o que contribui significativamente para a emancipação das mulheres e para uma vida mais saudável, sem violência.

A IV Conferência Mundial sobre a Mulher: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz, aconteceu em Pequim, no ano de 1995. Conhecida também como Plataforma de Beijing, foi sem dúvida, uma das mais importantes conferências na luta pelo fim da violência contra a mulher. Nessa Conferência, além das questões ligadas aos direitos humanos e ao combate à violência, foram discutidas também as temáticas de gênero, saúde, economia, educação, abrangendo, assim, a importância de políticas públicas transversais de gênero, com o objetivo de proteger os direitos humanos, e de defender a emancipação das mulheres e de alcançar a igualdade entre os sexos. Nessa conferência é reconhecida a importância do “Fortalecimento das mulheres e sua plena participação, em condições de igualdade, em todas as esferas sociais, incluindo a participação nos processos de decisão e acesso ao poder, são fundamentais para o alcance da igualdade, desenvolvimento e paz” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p. 1). No que se refere à saúde, foram abordadas questões referentes à saúde da mulher principalmente à saúde reprodutiva que se refere ao

- [...] reconhecimento explícito e a reafirmação do direito de todas as mulheres de controlar todos os aspectos de sua saúde, em particular sua própria fertilidade, é básico para seu fortalecimento;
- Promover um desenvolvimento sustentado centrado na pessoa, incluindo o crescimento econômico sustentado através da educação básica, educação durante

toda a vida, alfabetização e capacitação e atenção primária à saúde das meninas e das mulheres;

- Assegurar a igualdade de acesso e a igualdade de tratamento de mulheres e homens na educação e saúde e promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e sua educação. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995, p.2)

A *IV Conferência Mundial sobre a Mulher* proporcionou um grande avanço nas questões do enfrentamento da violência contra a mulher, abordou de forma mais ampla temáticas de grande importância para a emancipação das mulheres e para o fim da violência. Desta forma, contribuiu para o enfrentamento da violência contra as mulheres no Brasil, pois, sendo o Brasil signatário de tratados e convenções internacionais, é de sua obrigatoriedade desenvolver políticas, implementar leis e programas para prevenir, punir e erradicar a violência contra as mulheres.

Foi assim que, a partir da década de 1980, as mulheres vieram a público, com mais força, lutar por seus direitos já garantidos em lei; porém, apesar dos avanços, faltava e ainda falta concretizá-los, pois mulheres continuam a ser violentadas e mortas pelos seus parceiros.

No que se diz respeito aos instrumentos nacionais de enfrentamento à violência contra a mulher, as primeiras políticas públicas surgiram na área jurídica e da segurança pública; entre elas, estão a assistência judiciária e a implementação da primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher a fim de garantir os direitos das mulheres.

Na década de 1970, os agressores viviam impunes, e as mulheres, indignadas com a omissão do Estado, lutavam em prol de políticas públicas mais eficazes para protegê-las. Somente em 1980 é que se cria o primeiro serviço de atendimento à mulher vítima de violência, o SOS Mulher. Nesse momento, passa-se a reconhecer a necessidade de uma rede de atendimento à mulher vítima de violência para que se possa apará-la e dar-lhe suporte para sair dessa situação, cria-se, então, o Conselho Estadual da Condição Feminina de São Paulo, em 1983, e, logo após, no ano de 1985, foi criado pelo Ministério da Justiça o Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres; também em 1985, como um importante marco no enfrentamento da violência contra a mulher, cria-se a primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). No ano seguinte à criação da DEAM, em 1986, foi implantada, em São Paulo, a primeira casa para abrigar mulheres em situação de violência, denominada *ComVida*.

Em 1988, deu-se a promulgação da Constituição Federal, um marco legal de extrema importância que instituiu a igualdade entre homens e mulheres, tanto no espaço público como no privado. Em seu artigo 5º, quando se refere aos direitos fundamentais, a Constituição nos diz que “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”. Em seu artigo 7º, inciso XX, declara a “Proteção do mercado de trabalho da mulher, mediante incentivos específicos, nos termos da lei”; já no artigo 226, § 5º, reconhece a igualdade entre os cônjuges: “Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (BRASIL, 1988). Após um longo período da promulgação da Constituição Federal, em 2002, foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), um órgão que tem como função indicar e monitorar as políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher e de implementação da igualdade de gênero. Um ano após sua criação a SEDIM foi transformada em Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, e, recentemente, no ano de 2010, tornou-se Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM)¹².

Em 2004, houve a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o que culminou na construção do *I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* (I PNPM), que propunha como eixos centrais: autonomia; igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres; direitos sexuais e direitos reprodutivos e enfrentamento à violência contra a mulher (BRASIL, 2005c). No que tange ao enfrentamento à violência contra a mulher, o I PNPM coloca como prioridade:

1. implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher;
2. garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência;
3. reduzir os índices de violência contra as mulheres;
4. garantir o cumprimento dos instrumentos e acordos internacionais e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres. (BRASIL, 2005c, p. 19)

A promulgação da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a), ocorrida em 2006, com base nos tratados e convenções internacionais ratificados pelo Brasil, parece alterar a situação de violência contra as mulheres no Brasil. Essa Lei reconhece a violência doméstica e familiar como violação aos direitos humanos das mulheres, bem como a violência de gênero, sexual, patrimonial, física, psicológica e moral. Em seu artigo 2º, a Lei dispõe:

¹² Com a transformação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEDIM) para Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), esta passa de uma política de governo para uma política de Estado.

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. (BRASIL, 2006a)

A Lei estabelece competências para as diversas esferas do Estado, nos seus vários níveis (federal, estaduais e municipais), assumindo o seu caráter de política pública e instituindo os instrumentos para o combate à violência doméstica, a exemplo do seu art. 8º: “A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais [...]” (BRASIL, 2006a)

Em 2007, na abertura da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, foi anunciado o lançamento do *Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*, que representa também um avanço sobre aos direitos das mulheres negras e indígenas e sobre o combate à impunidade do agressor. O Pacto:

[...] compreende, assim, não apenas a dimensão da resposta aos efeitos da violência contra as mulheres, mas também as dimensões da prevenção, assistência, proteção e garantia dos direitos daquelas em situação de violência, bem como o combate à impunidade dos agressores. (BRASIL, 2007b, p. 23)

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, que aconteceu no dia 17 de agosto de 2007, deu origem ao *II Plano Nacional de Políticas para as mulheres*, que abrange novos eixos acrescidos aos contemplados em 2004, que são: autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não-lesbofóbica; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos;enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres;participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar;direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais;cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias;enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia;enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas; e gestão e monitoramento do plano (BRASIL, 2008).

Percebe-se um grande avanço no que tange às políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher; porém, muito ainda há o que fazer. Apesar dos espaços internacionais abertos para a discussão sobre o fenômeno e dos instrumentos e mecanismos internacionais e nacionais, instituídos para prevenir e coibir a violência contra a mulher, dados revelam a cotidianidade desse acontecimento. Uma pesquisa sobre violência contra a mulher, realizada pelo DataSenado (BRASIL, 2012, p. 2), revela que “Em cada 100 mulheres brasileiras 15 vivem ou já viveram algum tipo de violência doméstica”. Ainda, de acordo com uma reportagem exibida no Fantástico no dia 6 de maio de 2012, no ano de 2011, 68% das mulheres vítimas de violência que procuraram os serviços do Sistema Único de Saúde conviviam com o agressor na mesma residência. A reportagem revelou também que, em cada cinco minutos, uma mulher é agredida no Brasil.

Diante da realidade vivida por muitas mulheres, percebe-se que ainda são necessárias muitas lutas para enfrentar a violência contra a mulher e que é importante que não só essa parcela da população venha reivindicar seus direitos, mas, sim, a sociedade como um todo, juntamente os profissionais que se deparam, no seu cotidiano, com muitas mulheres em processo de adoecimento pela violência sofrida. É uma luta constante de todos contra um mal que está enraizado na cultura e que é reproduzido cotidianamente tanto no âmbito privado quanto no público e que vem causando o adoecimento de comunidades inteiras, principalmente da população feminina.

3.3.2 Políticas públicas de saúde para as mulheres

A saúde só introduziu, em sua agenda, a violência contra a mulher após muitas lutas do movimento feminista e após vários agravos ocasionados à sua saúde pela violência sofrida, e, diante disso, a violência tornou-se um problema social e de saúde pública, visto que tal fenômeno acomete a integridade física e mental da mulher, levando-a ao adoecimento físico e psicológico. A experiência da violência leva as mulheres a uma procura assídua dos serviços de saúde com queixas indeterminadas de uma violência que, muitas vezes, se apresenta escondida, dificultando a percepção dos profissionais, principalmente quando estes não têm uma percepção e um olhar mais atento no que se refere aos sintomas e agravos ocasionados

pela violência doméstica. Serão elencadas, aqui, algumas políticas públicas de saúde destinadas às mulheres.

As primeiras políticas públicas para as mulheres surgiram na área jurídica e na segurança pública. No que tange às políticas de saúde voltadas para a saúde da mulher, elaboradas nas décadas de 1930, 1950 e 1970 no Brasil, essas políticas foram estruturadas e voltadas à proteção da criança. Estavam associadas somente à gravidez e ao parto; eram direcionadas à proteção materno-infantil, que viam a mulher somente como mãe e cuidadora do lar e dos demais familiares.

Na saúde pública, a perspectiva materno-infantil, oriunda da higiene moderna e inspirada por preocupações demográficas e eugênicas, traduzia-se em práticas de saúde voltadas para o controle da reprodução e da sexualidade, com vistas à redução da mortalidade infantil e à proteção da saúde das crianças. (COSTA, apud AQUINO, 1999, p.162)

Dessa forma, havia uma preocupação por parte do poder público com um controle dos corpos, pois, no nascimento das práticas médico-sanitárias, a saúde pública interferia nos hábitos e costumes da população a fim de estruturar o capitalismo e manter a ordem social. Era o controle social do Estado para com a população (ARAÚJO, 2005). Ao mesmo tempo em que o Estado consolidava algumas conquistas da população, ele muito mais satisfazia suas necessidades; por exemplo, na década de 60, com a chegada em massa dos métodos contraceptivos, o Estado controlava o planejamento familiar, e as mulheres eram levadas a acreditar na liberação feminina, diferenciando a sexualidade da procriação (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Com a reforma sanitária que se inicia em meados da década de 1970, a área da saúde começa a pensar de forma mais ampla e interligada com vários setores e ramos do conhecimento como condições não isoladas, visto que “O impacto da violência doméstica é extremamente nocivo à saúde da mulher [...] acarreta elevação do consumo de serviços de saúde, com vistas à medicalização de um problema, que é, antes de tudo, político, cultural, jurídico” (ALMEIDA, 1998, p. 35). Porém, é somente na década de 1990 que a saúde incorpora as reivindicações do movimento feminista e reconhece a violência como um problema de saúde pública e de direitos humanos, uma luta pela justiça social e equidade.

Em 1996, o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) ratificou que a violência em todas suas manifestações é uma prioridade de saúde pública que ameaça o desenvolvimento dos povos, afeta a qualidade de vida e desgasta o tecido social. (NUNES, 2010, p. 14)

De acordo com D'Oliveira et al. (2009, p. 1038), “[...] torna-se conhecido para os profissionais de saúde o fato de que a violência contra a mulher tem alta magnitude e relevância na saúde”. Dado o reconhecimento dos impactos da violência na saúde da população, torna-se necessária maior atenção sobre essa temática e a implementação de políticas que venham desconstruir os estereótipos de gênero bem como de políticas de prevenção e proteção tanto na área da saúde quanto na área jurídica. Diante disso, os movimentos feministas começaram a lutar pelos seus direitos e por melhores condições de saúde da mulher. As políticas iniciam-se com um olhar mais voltado para a saúde materno-infantil, com uma visão da mulher apenas como mãe, associadas apenas à gravidez e ao parto. A partir dos anos de 1960, esse cenário foi se modificando, mas não mudou muita coisa, principalmente na Ditadura Militar, com a privatização da saúde.

Nas décadas de 1970 e 1980, com a contribuição dos movimentos feministas, acontecem maiores discussões acerca dos direitos das mulheres. As mulheres vão a público e argumentam que as desigualdades entre homens e mulheres interferem na saúde da mulher de forma significativa. Na década de 1970 surge o I Programa de Saúde Materno-Infantil, que tinha como discurso “A preocupação com o espaçamento inter-gestacional, justificado como questão de saúde” (CANESQUI, apud AQUINO, 1999, p. 164). Em 1975, aconteceu a *Primeira Conferência Internacional da Mulher*. Essa conferência teve como foco a proposta de políticas públicas que assegurassem “Igualdade entre homens e mulheres no acesso aos benefícios e serviços do sistema de seguridade social e equipamentos públicos” (MELO, 2011, p. 64). Essas propostas surgem em um período de transformações políticas no interior do Estado. Segundo Melo, “Estas mudanças têm sido caracterizadas como resultantes do fenômeno da globalização. Livre circulação de capitais, despolitização dos mercados, império da ideologia econômica liberal” (MELO, 2011, p. 65), colocando em risco a disseminação dos direitos sociais e as lutas pela conquista desses direitos. Dessa forma, nessas mesmas décadas (1970 e 1980), a produção feminista trouxe a *sexualidade como um direito*. “A tomada de consciência sobre si, como sujeitos, foi fundamental para situar a repressão à sexualidade como estratégia de dominação.” (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006, p. 1828)

Na década de 1980, houve a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o que pode ser considerado um grande avanço, pois tinha como proposta trabalhar a mulher em sua integralidade, rompendo, assim, com a visão da mulher somente como reprodutora. O PAISM foi o pioneiro em trabalhar o termo integralidade instituído pelos movimentos feministas da época. Foram estas as principais ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:

- as ações destinaram-se, prioritariamente, à promoção da saúde das mulheres e não apenas de seus filhos;
- as mulheres interferiram em seu planejamento, implantação e acompanhamento;
- incorporou-se o direito à regulação da fertilidade como um direito social;
- ampliou-se a visão de integralidade, presente nas formulações do movimento sanitário, para incorporar a noção de mulher como sujeito, que ultrapassava sua especificidade reprodutiva, para assumir uma perspectiva holística de saúde;
- enfatizava-se a dimensão educativa, pretendendo-se alterar valores e práticas de saúde de caráter sexista;
- buscava-se romper com a perspectiva de programas verticais centralizados para incorporar a proposta de ações programáticas, de caráter horizontal e descentralizado, advindas das proposições da Reforma Sanitária. (AQUINO, 1999, p.166)

Em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual sugeriu uma nova política de saúde, e, nesse mesmo ano, realizou-se também a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. As propostas levadas para a 8ª Conferência Nacional de Saúde serviram como base para a Constituição Federal, em 1988.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, muitos direitos foram conquistados, reconhecendo a igualdade entre homens e mulheres e instituindo-se a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Em seu artigo 6º, a Constituição institui como direitos sociais “[...] a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]”. (BRASIL, 1988)

Diante desse cenário, no que se refere diretamente à saúde, houve a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerado uma das maiores conquistas da sociedade na área social, que veio universalizar o atendimento à saúde no Brasil e possibilitou o acesso público e gratuito para todas as pessoas. A Constituição de 1988 declara, em seu artigo 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Após esse

período, o Ministério da Saúde promulga a Lei Orgânica da Saúde, que determina que a saúde não é somente uma ausência de doenças, mas um conjunto de fatores envolvidos no cotidiano das pessoas, como moradia, saneamento básico, trabalho, educação, alimentação. Dentro desse contexto, surge em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), que visa a uma nova forma de cuidado, passando, então, da medicina curativa para um cuidado integral do ser humano, com novas práticas profissionais que trabalham a família, dentro do contexto e ambiente em que ela vive. (ROSA; LABATE, 2005)

De acordo com a literatura, o PSF tem as seguintes finalidades:

[...] reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, que se configurava. Para isso, prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. (COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010, p. 27)

Dessa forma, a equipe que compõe o PSF precisa ter conhecimento da região em que se encontram as famílias atendidas, para que possa melhor identificar as causas dos problemas de saúde e assim elaborar programas e atividades de enfrentamento do processo saúde/doença. Além disso, o PSF é de extrema importância para se trabalhar o fator violência, uma vez que, com a atenção integral proposta pelo Programa de Saúde da Família, pode-se conhecer melhor a realidade vivida no cotidiano das famílias e identificar o motivo que leva ao adoecimento das comunidades.

Outro importante envolvimento para a prevenção da violência no setor saúde é o da Saúde pública. Dado o reconhecimento da violência contra a mulher como um agravo à saúde e um problema de saúde pública, “observa-se, sobretudo, a partir dos anos 1995 até o momento, um grande envolvimento da Saúde Coletiva com a tomada da violência como questão, formulando políticas específicas, muitas propostas de pesquisas e de programas de intervenção.” (SCHRAIBER et al., 2009, p. 1022)

Outra conquista na área da saúde foi a elaboração, pelo Ministério da Saúde, das *Normas Técnicas de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*, no ano de 1998. As normas têm como base os seguintes aspectos:

Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, Anticoncepção de Emergência e Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. (BRASIL, 2006b, p.13)

O documento causou muita polêmica em algumas camadas da sociedade, pois estabelecia o uso de profilaxia pós-estupro, bem como o aborto legal, estabelecendo também a profilaxia contra DST/AIDS.

É aprovada pelo Ministério da Saúde, em 2001, a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*, devido ao grande número de acidentes e violências existentes no Brasil que podem levar à morte ou à morbidade de inúmeras pessoas. Sendo assim, ela

[...] estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o estabelecimento de processos de articulação com diferentes segmentos sociais. (BRASIL, 2001b, p. 2)

Em 2002, cria-se a Secretaria Especial de Política Para as Mulheres, a então Secretaria de Política para as Mulheres, que

[...] estabelece políticas públicas que contribuem para a melhoria da vida de todas as brasileiras e que reafirmam o compromisso do Governo Federal com as mulheres do país, [...] tendo como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania. (BRASIL, 2010a, p. 1)

Os avanços das políticas de saúde da mulher foram muitos; porém, até o ano de 2002 observa-se que muito se falou das questões reprodutivas e da mulher como mãe e procriadora. No entanto, pouco se discutiram outras questões que pudessem enxergar a mulher de forma mais ampla, e os enfoques de gênero e violência eram pouco discutidos nesse âmbito.

Em 2003, esse cenário muda ainda mais. Tem-se mais um grande avanço, que foi a implementação da Lei nº 10.778 (BRASIL, 2003a), Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, a qual obriga os serviços de saúde a notificarem todos os casos de violência que chegam até eles. Essa Lei será abordada mais adiante, com maior profundidade, por se tratar do tema central desta pesquisa.

A Portaria GM/MS nº 936/2004 (BRASIL, 2004d), lançou a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, voltada para os princípios do SUS, com a atenção integral aos usuários: A Portaria dispõe “Sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios” (BRASIL, 2004d, p.1). Também em 2004 foi lançado

pela Presidência da República o *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Esse Pacto já abordava as questões de gênero e dos direitos humanos das mulheres.

Tem ele como princípios:

[...] o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais. (BRASIL, 2007a, p. 2)

Ainda em 2004, o Ministério da saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que visava “A promoção da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência” (BRASIL, 2006b, p.5). Foi esse um passo importante para fazer emergir ainda mais as discussões sobre gênero nas políticas destinadas às mulheres, pois o conceito de integralidade instituído pelo SUS abre ainda mais esse caminho, que já vinha sendo colocado em discussão pelos movimentos feministas.

O I PNPM, aprovado em 2004, ao abordar as questões de saúde da mulher, traz à tona os direitos sexuais e reprodutivos, bem como, a atenção integral à saúde da mulher. Tem como prioridades as seguintes ações:

1. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro;
2. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres;
3. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem qualquer forma de discriminação;
4. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (SUS) (BRASIL, 2005c, p. 16-17)

Em 2007, como já foi dito anteriormente, foi publicado o II Plano Nacional de Políticas Para as Mulheres (II PNPM), que tem como base as demandas da sociedade civil, com maior inclusão da temática de gênero. Mesmo que essa temática encontre uma barreira para adentrar na esfera da saúde, porém, de acordo com Hamann e Costa (2000, p. 24), “A expectativa é de que, (...) a incorporação da perspectiva de gênero em saúde deve conduzir à implementação de formas distintas e mais humanas de assistência à saúde de homens e mulheres.”

No que se refere especificamente à saúde da mulher, outras questões foram abordadas e introduzidas no II PNPM são elas:

- Promover a atenção à saúde das mulheres no climatério;
- Estimular a organização da atenção às mulheres, jovens e adolescentes com queixas ginecológicas;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos, jovens e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, respeitando os princípios dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e a mortalidade por câncer de mamas na população feminina;
- Promover a implantação de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, considerando as especificidades étnico-raciais;
- Estimular a implantação da Atenção Integral à Saúde das Mulheres, por meio do enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual, e das mulheres com deficiência, do campo e da floresta e em situação de rua;
- Fortalecer a participação e mobilização social em defesa da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Propor alterações de legislação com a finalidade de ampliar a garantia do direito à saúde, contemplando os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2008, p.81)

Apesar de as políticas de saúde da mulher ainda terem como foco a saúde reprodutiva, “Por outro lado, pôde ser observada a incorporação de um novo tema, a redução da violência sexual, demonstrando a preocupação dessas políticas em atender a mulher em seus aspectos mais gerais” (FREITAS et al., 2009, p. 3), introduzindo, assim, questões mais amplas que estão diretamente ligadas à saúde da mulher, tais como gênero, violência, DST/AIDS, e também uma interlocução das diversas áreas do conhecimento para se ter melhor compreensão acerca da saúde da mulher.

A luta feminista foi importantíssima para a realização de conferências, leis e programas, primordiais para dar visibilidade à situação em que se encontravam as mulheres; contribuiu também para a implementação de ações e políticas em prol da saúde da mulher e “Possibilitou eliminar da legislação nacional um conjunto de normas e leis que restringiam o acesso das mulheres à plena cidadania” (MELO, 2011, p. 67). Porém, ainda é preciso haver muito mais lutas, mais Estado intervindo nas políticas públicas para a garantia dos direitos das mulheres e para uma vida mais saudável, sem violência e discriminação.

3.4 A LEI DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES: CONTEXTO NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Para melhor compreender o processo de implementação da Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, a seguir, será abordado um breve histórico do surgimento do sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil e como se deu a criação dos Núcleos de Prevenção e Promoção da Saúde.

3.4.1 Aspectos históricos do surgimento do sistema de Vigilância Epidemiológica no Brasil

Para melhor entender o que é a Vigilância Epidemiológica, faz-se necessário a apresentação de um pequeno histórico de como ela surgiu e sua importância para a saúde pública.

O perfil epidemiológico brasileiro vem mudando ao longo do tempo. As doenças infecciosas que, antes, respondiam pela maioria das mortes, hoje deram lugar a outras doenças. Atualmente, entre as doenças que mais matam estão, em primeiro lugar as doenças cardiovasculares, em segundo lugar os cânceres e, em terceiro, os óbitos causados por violências e acidentes. (MALTA et al., 2006)

O aparecimento das primeiras doenças transmissíveis no Brasil, que datam do o período da colonização, causou a morte de muitas pessoas. Com os serviços de saúde precários e com a prática do conhecimento baseado na tradição, os doentes eram isolados, o que culminava numa prática do cuidado mais assistencialista, e não curativo. As atividades eram voltadas para evitar a propagação de doenças (BRASIL, 2005b). Nesse período, o termo vigilância estava relacionado ao afastamento do doente e as prática de isolamento e quarentena (WALDMAN, 1991).

Devido ao aglomerado de pessoas nos entornos das cidades e às condições precárias de saneamento, a propagação de doenças tomou grandes proporções. Diante desse cenário e com o intuito de manter a força de trabalho e o progresso econômico, viu-se a necessidade de um organismo que pudesse “cuidar” dessas questões com um olhar mais científico. Foi no século

XIX que se começou a pensar em práticas para impedir o aparecimento de doenças. O termo *vigilância* surgiu no século XIX, com o sentido de *vigiar*, no sentido de observar o contato entre os pacientes que apresentavam alguma doença; nesse período, o doente era isolado. A partir de 1950, o conceito *vigiar* passou a acompanhar as doenças que surgiam na comunidade (BRASIL, 2005b).

Em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública. Em dezembro desse mesmo ano, foi apresentado o primeiro código sanitário, o qual apresentou a primeira expressão *Vigilância Sanitária*. “Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde incorpora vários serviços de combate às endemias e assume o controle técnico em Saúde Pública, institucionalizando, também, as campanhas sanitárias.” (BRASIL, 2005b, p.19)

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, e “Em 1965, foi criada a Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial de Saúde” (WALDMAN, 1991, p 15). A partir da década de 1950 o termo *vigilância* passa a ter um conceito mais amplo, o de acompanhar sistematicamente os doentes da comunidade (WALDMAN, 1991).

E em 1966, foi realizada a Campanha de Erradicação da Varíola. Essa campanha, “Deu importante contribuição à organização do sistema de notificação e investigação de casos suspeitos da doença, em todo o território nacional” (BRASIL, 2005b, p. 20). Um dos objetivos da Campanha de Erradicação da Varíola foi “Implantar um sistema de vigilância epidemiológica visando a descoberta precoce de casos, e a manutenção dos níveis imunitários da população pela sistematização das atividades de rotina” (GAZÊTA et al., 2005, p. 324). O que também implicou na notificação sistemática das epidemias, bem como o acompanhamento dos problemas de saúde da população.

Em 1968, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criou o “Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE), primeiro órgão federal com responsabilidades abrangentes na área de epidemiologia” (BRASIL, 2005b, p. 22), o qual impulsionou as atividades de vigilância epidemiológica. Porém, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b, p. 22), “A rigor, a vigilância epidemiológica, enquanto atividade dos serviços de saúde, foi introduzida no Brasil, oficialmente, durante a campanha da varíola, no início da década de 70.”

No ano de 1970, foi criada pelo Ministério da Saúde a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), órgão que passou a ser responsável pela área da epidemiologia. Em 1976, o DNEES foi substituído pela Divisão Nacional de Epidemiologia (BRASIL, 2005b).

Em meados da década de 1970, criou-se o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Nesse período, houve a dissociação entre a Vigilância epidemiológica e a Vigilância Sanitária. Em “1976 entra em vigor o Decreto-Lei que regulamenta as ações de vigilância epidemiológica” (GAZÊTA et al., 2005, p. 334). Conforme o Ministério da Saúde a Vigilância Epidemiológica “Responde pelo controle de doenças, particularmente das doenças transmissíveis, e a Vigilância Sanitária, responsável pela fiscalização de portos, aeroportos, fronteiras, medicamentos, alimentos, cosméticos e bens.” (BRASIL, 2005b, p. 23)

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a instituição do Sistema Único de Saúde, houve a criação do Centro Nacional de Epidemiologia, no ano de 1990. Com isso, “As propostas voltadas à implantação de um novo Sistema Nacional de Saúde (SNS) sinalizam, fundamentalmente, na direção da descentralização dos serviços” (WALDMAN, 1991, p. 7). Dessa forma,

Ao nível estadual compete a função de coordenar o Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), investindo em atividades de normatização, supervisão, capacitação e avaliação ao sistema, enquanto o Município incorpora as ações de vigilância epidemiológica de acordo com o grau de complexidade e estrutura do seu sistema de gestão. (BRASIL, 2005b, p. 25)

No ano de 2003, foi criada a “Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), reforçando uma área extremamente estratégica do Ministério da Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de vigilância epidemiológica.” (BRASIL, 2005b, p. 27)

Diante disso, ficou a cargo do município a notificação das doenças e agravos de acordo com as leis que vigoravam nesse período. Com o fortalecimento cada vez maior da vigilância epidemiológica, no final do ano de 2004, a ampliação dos serviços relacionados a esse setor se faz necessária.

Como forma de identificar um número maior de casos de doenças de notificação compulsória e outros agravos relevantes, a Portaria MS/GM n.º 2.529 instituiu o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar e cria a

Rede Nacional de Hospitais de Referência para esse subsistema. (BRASIL, 2005b, p. 28)

Quanto ao conceito mais moderno de Vigilância Epidemiológica, de acordo com vários autores entre os quais, Albuquerque, Carvalho, Lima (2002) e segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b), trata-se de um serviço que tem por finalidade coletar, sistematizar e analisar os dados que causam prejuízos e danos à saúde de forma contínua. Mais do que isso, é preciso publicizar os dados, a fim de que a população e outros órgãos se mantenham informados a respeito dos agravos das doenças. A vigilância epidemiológica é um órgão fundamental para a saúde pública: é ela quem identifica e controla os fatores de risco para a saúde da população, tendo como função prevenir os agravos à saúde. Afirmam Arreaza e Moraes (2010, p. 2219),

A vigilância como uma ferramenta de priorização das ações em saúde permite assim monitorar o estado de saúde da população em relação aos agravos que foram e são objeto de prevenção e controle. Trata-se de um conjunto de atividades destinadas a obter as informações necessárias para se conhecer a situação epidemiológica em questão, detectando ou prevenindo as alterações prováveis dos condicionantes focalizados e orientando a aplicação de medidas preventivas, mantendo-as ou modificando-as [...].

Conforme aponta a literatura, o termo *vigilância epidemiológica* foi questionado por dois autores, Thacker e Berkelman, que sustentam que essa terminologia se aplicava nos termos mais restritos. Na visão de Waldman e Jorge, ao analisarem a abordagem de Thacker e Berkelman,

[...] o uso do termo *epidemiológica*, para qualificar vigilância, é equivocado, uma vez que epidemiologia é uma disciplina abrangente, que incorpora a pesquisa e cuja aplicação nos serviços de saúde vai além do *instrumento de saúde pública denominado vigilância*. Argumentaram ainda que a utilização desse qualificativo tem induzido freqüentemente a confusões que restringem a aplicação da epidemiologia nos serviços ao acompanhamento de eventos adversos à saúde, atividade que constitui somente parte das aplicações da epidemiologia em saúde pública. (WALDMAN; JORGE, 1999, p.73)

Diante dessa análise, de acordo com Waldman e Jorge (1999), Thacker e Berkelman sugerem que o termo *vigilância epidemiológica* seja substituído pelo termo *vigilância em saúde pública*, termo esse que, desde o início dos anos 1990, se consagrou internacionalmente.

Diante do processo de evolução das medidas tomadas para a promoção da saúde, percebe-se que, de acordo com o conhecimento da realidade e com as necessidades existentes no cotidiano, é preciso avançar cada vez mais e buscar soluções para os problemas apresentados.

Em função disso, no que tange ao trabalho da vigilância epidemiológica, percebe-se que a preocupação que, antes, era voltada para as doenças infecciosas e contagiosas, hoje passa também pela questão dos agravos ocasionados pela violência e por outras causas externas, pois é sabido que a violência causa graves prejuízos à saúde e que o número de doenças e mortes em decorrência das causas externas, acidentes e violências, é muito grande.

Daí a necessidade de estratégias e instrumentos que trabalhem com essa problemática, para que ela possa ser reduzida e controlada. De acordo com Waldman e Jorge (1999, p. 72), “A partir da década de 80, foi o acentuado aumento da morbimortalidade por causas externas” que fez com que a saúde pública começasse a olhar mais atentamente o problema e a reestruturar seu trabalho quanto à mudança no perfil epidemiológico.

Portanto, percebe-se, durante todo esse tempo, uma evolução dos órgãos e sistemas de saúde, que contribuíram e vêm contribuindo para a melhoria de vida da população, com o controle, o acompanhamento, a avaliação e a prevenção dos agravos à saúde da população. Por isso, torna-se extremamente necessário o acompanhamento, por parte dos órgãos públicos, das mudanças que interferem no processo saúde/doença da população.

3.4.2 Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

Em virtude do grande número de casos de morbidade e mortalidade causados pelos acidentes e pelos vários tipos de violência que têm impactado grande parte da população, foi instituída, em 2001, a Política Nacional da Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001a), que tem como objetivo “Estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos externos” (BRASIL, 2004, p. 1). Com a criação dessa política, viu-se a necessidade de buscar métodos para a prevenção e a promoção da saúde.

Desse modo, em 2004 o Ministério da Saúde aprova a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, por meio da Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da

Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, sendo este núcleo parte integrante da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2004d).

A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde tem como uma de suas ações “Incentivar o desenvolvimento de núcleos estaduais e municipais de prevenção da violência e promoção da saúde de acordo com critérios epidemiológicos e prioridades sociais” (Brasil, 2004, p. 3). Sendo os Núcleos de Prevenção à Violência parte da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, os Núcleos municipais têm como função:

- a) Elaborar o Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- b) Promover e participar de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção da violência e a promoção da saúde;
- c) Qualificar e articular a rede de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde para segmentos populacionais mais vulneráveis;
- d) Garantir a implantação e implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando melhoria da qualidade da informação e participação nas redes locais de atenção integral para populações estratégicas;
- e) Estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas; e
- f) Capacitar os profissionais, movimentos e conselhos sociais para o trabalho de prevenção da violência em parceria com os pólos de educação permanente loco-regionais. (BRASIL, 2004d, p. 5)

Dentre os municípios do Espírito Santo que possuem o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (NUPREV) está Cariacica. No que tange ao município de Cariacica, no Estado do Espírito Santo, considerando as exigências da Portaria nº 936, o (NUPREV) do município foi criado no ano de 2005. Ele encontra-se ligado à Vigilância Epidemiológica, que está ligada à Secretaria Municipal de Saúde. O NUPREV de Cariacica

Tem como compromisso colaborar na elaboração de políticas de saúde pública, desenvolvendo ações preventivas e educativas para a redução de morbimortalidade, provocada por acidentes e violências, e oferecer melhor qualidade de vida a todos os cidadãos de Cariacica. (CARIACICA, 2011b, p. 2)

Destacam-se como desafios do NUPREV, de acordo com o Relatório de Gestão 2010 (CARIACICA, 2011b, p. 2):

- Promover saúde e melhor qualidade de vida;
- Prevenir doenças, acidentes e violências;
- Promover cidadania e inclusão social;
- Reduzir os custos dos SUS.

Para o cumprimento do enfrentamento da violência contra a mulher e da redução de morbimortalidade, provocada por acidentes e violências, o NUPREV de Cariacica vem desenvolvendo atividades que permitem amenizar os índices de violência em Cariacica, bem como conhecer as causas da violência no município.

No ano de 2011, foram desenvolvidas as seguintes ações pelo NUPREV de Cariacica:

- Monitoramento e acompanhamento dos casos notificados;
- Capacitação para o preenchimento da Ficha de Notificação do agravo, para profissionais de saúde;
- Ação de Educação em Saúde sobre o agravo durante 03 dias no projeto “Saúde de Ponto a Ponto” do governo do Estado. (CARIACICA, 2012, p. 10)

Em 2012, as ações desenvolvidas para o enfrentamento à violência contra as mulheres foram:

- Fortalecimento da Rede de atenção às vítimas de Violência através de visitas aos Conselhos Tutelares do Município (Janeiro e Fevereiro);
- Ação de Educação em Saúde no terminal de Campo Grande no Dia Internacional da Mulher (07 e 08/03);
- Início da implantação do projeto: “Trânsito: Com Educação Tudo Pode Mudar” (13/04);
- Campanha “BOCA NO TROMBONE”. Realizada em parceria com a JOCUM (Jovens com Uma Missão) no Terminal Campo Grande contra o abuso sexual de menores. (18/05);
- Investigação e acompanhamento telefônico das vítimas a fim de prestar orientações e dar os devidos encaminhamentos a cada caso. (CARIACICA, 2012a, p. 10)

De acordo com o exposto acima, fica claro a importância do Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde para a prevenção de violências e acidentes, que afeta significativamente a saúde da população. Tendo em vista que a violência tornou-se uma epidemia, torna-se de suma importância as ações desenvolvidas pelo NUPREV. Além das ações de prevenção desenvolvidas por ele, as notificações dos agravos à saúde é outra questão de extrema importância para a prevenção de doenças e promoção da saúde.

3.4.3 A Lei de Notificação Compulsória de violência contra a mulher: Lei nº 10.778/2003

Pode-se entender a violência contra as mulheres como uma grave violação aos direitos humanos que afeta a sociedade em geral, e principalmente a saúde da população que passa por essa experiência. A violência, para a Saúde Pública, no Brasil, é definida, segundo a *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*, como um fenômeno representado por ações humanas, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem (BRASIL, 2001 b). A violência constitui um grave problema de Saúde Pública, uma epidemia que afeta as sociedades de maneira geral, sendo, no Brasil, a primeira causa de morte na faixa etária de 14 a 24 anos. No que se refere especificamente à violência contra as mulheres, foi graças às lutas feministas iniciadas mais precisamente na década de 1980 que, hoje, podemos dizer que avançamos em relação às várias legislações existentes em defesa dos direitos das mulheres, sobretudo na área jurídica; em contrapartida, a área da saúde ainda se encontra muito frágil, comprometendo a saúde de muitas mulheres vítimas de violência.

Como já foi dito anteriormente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1979, abriu caminho para várias outras discussões acerca dos direitos das mulheres: os tratados e convenções internacionais, assinados e ratificados pelo Brasil, como a *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*, em 1979; depois, em Viena, a *II Conferência Internacional de Direitos Humanos*; logo em seguida, a *Declaração do Cairo* e também a *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*, mais conhecida como *Convenção de Belém do Pará*, que foi de grande importância, tendo-se passado, com essa Convenção, a reconhecer violência contra as mulheres como “Qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (BRASIL, 2004a, p. 09). Pode-se dizer que a Lei nº 10.778 (BRASIL, 2003a), promulgada em 24 de novembro de 2003, é um dos resultados desses avanços, contribuindo positivamente para a erradicação de todos os tipos de violência contra as mulheres e para a implementação de políticas públicas destinadas a essa parcela da população.

O texto da Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, Lei nº 10.778/2003, foi regulamentado pelo Decreto-Lei nº 5.099/2004¹³, que institui “Os serviços de referência sentinela aos quais serão notificados compulsoriamente os casos de violência contra a mulher” (BRASIL, 2004 b, p. 1), e pela Portaria GM/MS 2.406/2004 que determina que, para o processo de notificação, deverão ser considerados os preceitos já estabelecidos pela Lei nº 6.259/75, que “Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências” (BRASIL, 1975, p. 1). A Portaria GM/MS 2.406/2004, considerando que o Brasil é signatário e está comprometido com a efetivação dos instrumentos internacionais de defesa e proteção dos direitos das mulheres e dos direitos humanos, “Institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação” (BRASIL, 2004c, p. 1), e determina, em seu art. 3º, que a notificação compulsória de violência contra a mulher seguirá o seguinte fluxo:

- 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. (BRASIL, 2004c, p. 2)

A Lei nº 10.778/03 “Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados” (BRASIL, 2003a, p.1). Essa Lei abrange todo e qualquer tipo de violência contra as mulheres, que lhes cause danos à saúde física, psicológica e sexual. A violência pode ocorrer no âmbito doméstico, por alguém da família, ou por outras pessoas, no trabalho, na comunidade, e até mesmo pelo Estado (BRASIL, 2003 a). A Lei de Notificação Compulsória tem caráter sigiloso e toma como referência para o conceito de violência contra a mulher a definição adotada pela *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher*, já citada acima.

¹³Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela.

Em seu artigo 1º, no parágrafo 2º a Lei entende que a violência contra a mulher abrange violência física, sexual e psicológica 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. (BRASIL, 2003a, p. 1)

Em seu art. 5º, a Lei nº 10.778/03 estabelece que ficam obrigados os profissionais de saúde a efetuar a notificação dos casos de violência atendidos, e assim dispõe: “A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (BRASIL, 2003a, p. 2). Porém, na prática, alguns profissionais de saúde deixam de notificar e encaminhar muitos casos de violência, seja porque não estão preparados para perceber a violência velada, que está por trás de várias doenças manifestadas em mulheres que passam por essa experiência, seja porque não sabem como proceder e nem para onde encaminhar, ao diagnosticar um caso de violência.

O setor saúde constitui-se na maior porta de entrada de mulheres vítimas de violência, e isso muito se deve aos agravos ocasionados pela violência na saúde da mulher. Daí a importância do preparo dos profissionais de saúde em perceber e diagnosticar os casos de violência, para que possam saber como proceder diante dos casos e também possam notificá-los, pois a notificação é um importante instrumento de proteção para as mulheres: é por meio dela (notificação) que as vítimas podem ser acompanhadas; além disso, é uma ferramenta por meio da qual se pode tomar conhecimento do evento sofrido pela vítima, saber quais os tipos de violência prevalecem e se acontecem no âmbito doméstico, saber quem é o autor da agressão, e, com isso, torna-se possível conhecer as maiores necessidades e deficiências em torno dessa questão.

Com o preenchimento da Ficha de notificação, é possível conhecer dados básicos do agressor e, principalmente, da vítima.

A ficha de notificação/investigação contém campos sobre dados gerais da notificação (tipo de notificação, data da notificação, UF, município de notificação, unidade de saúde, data da ocorrência da violência), notificação individual (nome do paciente, data de nascimento, idade, sexo, gestante, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS, nome da mãe), dados de residência da vítima, dados da ocorrência, tipologia da violência, violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso. (BRASIL, 2010b, p. 118)

Assim, a violência ganha visibilidade, contribuindo a notificação compulsória para se diagnosticar, em termos epidemiológicos, o problema em questão e colaborando para a criação de mecanismos para prevenir, erradicar e coibir a violência contra as mulheres.

3.4.3.1 Alguns desafios para a execução da Lei de Notificação Compulsória

A área da Saúde, apesar de muito frágil ainda, tem-se preocupado, cada vez mais, com a questão da violência contra as mulheres, devido, principalmente, à procura, cada vez mais assídua, da unidade de saúde por parte das mulheres que sofrem violência. De acordo com o Ministério da Saúde “mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como ‘poliqueixosas’, por suas queixas vagas e crônicas, com resultados normais em investigações e exames realizados.” (BRASIL, 2001b, p. 47)

Com a implementação da Lei de Notificação Compulsória, ficam obrigados os serviços de saúde públicos ou privados a notificar todos os casos de violência contra a mulher que forem identificados nos serviços de saúde. Dessa forma, pode-se analisar melhor o perfil epidemiológico de cada localidade com base nos dados coletados por meio das notificações registradas e lançados no Sistema Único de Saúde (SUS) e, conseqüentemente, pode-se promover políticas públicas de acordo com a necessidade de cada região.

Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social e práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral possam ser oferecidas. Esse processo resultaria no entrosamento da saúde com os direitos humanos. (D’OLIVEIRA et al., 2009, p. 1039)

No entanto, tende-se a esbarrar em um problema: muitas mulheres não revelam ao profissional a violência perpetrada contra ela, principalmente no que se refere à violência

doméstica, por ser uma violência velada, em que a maioria das mulheres não expõem o fato ao profissional por vergonha ou medo de sofrer represálias do agressor; muitas vezes essa violência fica subentendida, dificultando ainda mais a percepção por parte do profissional. Outra questão está diretamente ligada ao grau de formação e informação dos profissionais que atuam diretamente com os usuários dos serviços de saúde. Muitos não estão preparados para perceber essa violência, que quando não é descrita pela vítima e não está visível aos olhos, como no caso de violência física, tem o diagnóstico ainda mais prejudicado.

Muitas mulheres vítimas de violência, seja física, psicológica, seja sexual, chegam até os serviços de saúde com vários sintomas. Quando não são relatadas as agressões sofridas, muitos profissionais nem sequer perguntam sobre o assunto e acabam por não dar uma resolução ao problema de saúde da paciente, e por não notificar o caso de violência. Daí a importância de, juntamente com a execução da Lei nº 10.778/03, preparar os profissionais que serão responsáveis pelo cumprimento da Lei, para que se atinja o objetivo por ela proposto.

Intervenção para o setor significa acolhimento, identificação, notificação, atendimento, avaliação dos resultados, articulação de rede de atendimento e proteção, capacitação dos profissionais e sensibilização da população em geral para o problema que se está abordando. (RIO GRANDE DO SUL, 2006, p.5)

Para que se atinja um grau de efetividade na implementação da Lei nº 10.778/03, é de suma importância qualificar e sensibilizar os profissionais que estão no atendimento direto aos usuários dos serviços e, isso em todas as áreas de conhecimento: educação, cultura, segurança, mas principalmente na área da saúde, que é onde, na maioria das vezes, as vítimas vão procurar atendimento devido aos agravos ocasionados na saúde, cabendo a esses profissionais ter um olhar mais atento para esta questão, saber quais procedimentos deverão ser tomados para a resolução do problema. Para que isso aconteça, conforme afirmam os autores Lima, Buchele e Clímaco, a inclusão dos debates de gênero junto aos profissionais de saúde contribui para maior compreensão das desigualdades existentes entre homens e mulheres.

A crescente inserção do debate de gênero na saúde pode ter como reflexos a sensibilização de seus profissionais para as desigualdades entre homens e mulheres e para a violência contra a mulher, contribuindo assim para a desconstrução de mitos, preconceitos e medos que cercam a temática. (LIMA; BUCHELE; CLÍMACO, 2008, p. 73)

Essas desigualdades são também denunciadas por Comegno (2003, p.91): “Nas últimas décadas, registraram-se avanços significativos nas relações entre homens e mulheres, mas

persistem ainda práticas discriminatórias, tanto no espaço público como no privado”. Portanto, tornam-se necessário, apesar de constituírem um desafio, as discussões sobre as questões que permeiam as relações socioculturais, como gênero, raça/etnia, para acabar com o paradigma da violência e discriminação contra a mulher, pois sabe-se que gênero é uma construção social e, de acordo com Saffioti (2004, p. 71), “Nas relações entre homens e entre mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência”. Logo, se estas relações são construídas, podem ser trabalhadas e discutidas para melhor compreensão dos profissionais acerca do assunto, contribuindo, assim, para o melhor cumprimento da Lei nº 10.778/03, pois esta estabelece que a denúncia é de responsabilidade dos serviços de saúde que atenderem as mulheres vítimas de violência. No entanto, se os profissionais não estiverem devidamente preparados e qualificados, poderão não perceber a importância da denúncia para o fim das desigualdades entre homens e mulheres.

Outro desafio para o cumprimento da Lei nº 10.778/03 é a “Escassez de regulamentos que firmem os procedimentos técnicos para isso, ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar, falha na identificação da violência no serviço de saúde e a quebra de sigilo profissional” (GONÇALVES; FERREIRA, 2002, p. 316). Tanto a falta de fiscalização quanto o pouco ou nenhum suporte dado aos profissionais responsáveis por notificar os casos de violência podem dificultar o empenho dos profissionais ao realizarem os procedimentos exigidos pela Lei.

Cabe ressaltar também que, apesar dos avanços, com o reconhecimento da violência contra a mulher, com a inclusão do problema nas discussões e com a implementação de políticas específicas em diversas áreas, não se pode dizer que se atingiu um grau elevado de proteção e promoção da saúde e bem-estar da população, em especial das mulheres. Essas políticas, muitas vezes, esbarram em obstáculos como falta de recursos financeiros, de recursos humanos, questões sociais e representações da sociedade com paradigmas que se constituem em verdades absolutas para muitos, como é o caso da discussão de gênero, tão enraizada na sociedade que ainda muitos “profissionais” que estão incumbidos de promover direitos acabam por tirá-los com seus preconceitos e “verdades” que parecem ser maiores que as leis.

A implementação da Lei nº 10.778/03 não garante, por si só, um bom resultado. Este depende principalmente do corpo técnico, ou seja, dos profissionais que são diretamente responsáveis pela identificação e pela notificação dos casos de violência contra a mulher. Sendo assim, é

necessário um bom preparo, uma adequada qualificação desses profissionais, pois é a partir da notificação que se pode dar visibilidade ao problema e conhecer o perfil epidemiológico, podendo-se trazer novas discussões junto a sociedade civil e aos profissionais. Quando esses profissionais forem sensibilizados quanto à importância da notificação dos casos de violência e se sentirem seguros e preparados para abordar esse tema com a vítima, teremos maior efetividade da Lei nº 10.778/03.

3.4. 3.2 A importância da rede para a implementação da Notificação Compulsória

Observada a questão da violência e seus agravos à saúde, parte-se do princípio da necessidade de uma rede bem estruturada para prevenção e enfrentamento desse problema. Uma rede onde haja o comprometimento dos profissionais e de instituições envolvidas de várias áreas, visto que há uma necessidade de compreender a violência contra a mulher em um contexto mais amplo e não isoladamente, pois essa violência está relacionada às questões de raça, de classe social, bem como a uma construção histórica da sociedade. Além do mais, a experiência da violência afeta a mulher em várias dimensões: saúde física, psicológica, vida social, no mercado de trabalho, e é por isso que, “A saúde da mulher não pode estar separada de seu bem-estar social e intelectual, e os problemas médicos legais não devem ser analisados de uma forma isolada da questão global dos direitos da mulher na sociedade contemporânea.” (PINOTTI; GOMES, 1988, p. 2)

Diante dessa realidade vivida por muitas mulheres, ganha relevo a importância de se trabalhar em redes, uma vez que a saúde da mulher em situação de violência está relacionada com ações não só na área da saúde, mas também em outras esferas de atendimento. Daí a necessidade de se constituir uma rede de atendimento a fim de se promover a saúde e o bem-estar dessa parcela da população, bem como de trabalhar a prevenção para que esse mal não venha acometer mais vítimas.

No que se refere especificamente ao conceito de redes, alguns autores as descrevem como “Um conjunto de nós que se encontram interconectados. Esses nós configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões” (NJAIN et al., 2007, p. 1314). Esses nós seriam a união dos aparelhos responsáveis por lidar com o problema

em questão, em que cada instituição, com sua responsabilidade, atua de forma específica, porém, sempre em articulação com outros mecanismos e aparelhos que possibilitariam complementar o atendimento. Essa articulação entre os equipamentos da rede permite melhor atendimento e facilita o fluxo entre os serviços, colaborando, assim, para maior resolutividade dos problemas.

No que diz respeito às redes de atenção à saúde, elas constituem uma proposta que vem desde a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas redes são “Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população [...]” (MENDES, 2010, p. 2300). Isso deve assegurar os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade, articulando os serviços de saúde e garantindo a atenção à saúde da população em todos os seus níveis de atenção - básica, média e alta -, complexidade para que não haja uma fragmentação desses serviços, pois, para Mendes, “Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (MENDES, 2010, p. 2299), o que se configura “Em um desastre econômico e sanitário em todo o mundo” (MENDES, 2010, p. 2299). Por isso, é preciso conhecer a realidade e as necessidades da população, para, assim, garantir uma assistência integral, estabelecendo uma ligação com múltiplas organizações, assegurando, desse modelo, o acesso integral à saúde e à qualidade de vida e, portanto, o direito a uma vida saudável.

Os sistemas nacionais de saúde operam redes com populações definidas geograficamente porque saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2314)

Voltando o olhar para a situação das mulheres vítimas de violência, pode-se dizer que a rede de atenção a essas mulheres precisa abranger outros setores e se articular com outras áreas, numa articulação que se dá de forma vertical. De acordo com Mendes (2007, p. 11), “Segundo o tipo de serviços que se integram as redes podem ser de integração vertical, se há diferentes serviços integrados, ou de integração horizontal, se integram serviços da mesma natureza”. Sabe-se que, na questão da violência contra as mulheres, não basta somente a integração do setor saúde; é certo que a saúde da mulher vítima de violência é afetada de forma agravante,

porém existem outros mecanismos necessários para o enfrentamento da violência contra a mulher. Existe a necessidade de um trabalho em rede de forma verticalizada, que se articule com outros setores, tais como saúde, área jurídica, serviços de assistência social, emprego e renda, pois, além de atenção à saúde, elas precisam de segurança e incentivo para desenvolverem a autonomia e saírem da condição de vítimas e da situação de violência em que vivem.

A constituição de uma rede de prevenção à violência exige, quase sempre, um movimento mais intenso, mais contínuo, para integrar diferentes atores e equipamentos sociais (seja através de uma rede informatizada ou não). Além da necessidade de compartilharem um mesmo código de comunicação, o que significa ter a mesma compreensão das diferentes formas de violência, suas causas e conseqüências, é preciso que os participantes ajam em sincronia frente à urgente demanda de intervenção. (NJAINÉ et al.,2007, p.1314)

Talvez uma das dificuldades de se trabalhar em rede seja a falta de comprometimento dos atores envolvidos que geram serviços fragmentados. Por isso, não se pode esquecer que uma importante rede de prevenção e proteção passa pela educação, tanto no que diz respeito às informações e campanhas voltadas para a sociedade, quanto no que concerne à formação e sensibilização dos profissionais que atuam diretamente no atendimento a esses usuários. Assim, além de fortalecer a rede de proteção, tem-se um eficaz trabalho de prevenção, o que permite melhor qualidade de vida para as mulheres e menos gastos, principalmente no setor de saúde. Desse modo, “[...] a existência de uma rede de atenção e prevenção pode ser um caminho fundamental para que a mulher vitimizada reencontre a auto-estima possibilitando buscar sua autonomia pessoal e financeira [...]”(CAMPOS; JORGE; BARCELOS, 2010, p. 25). Para que isso se torne realidade é fundamental a “Participação da academia neste processo, especialmente como instrumento de fortalecimento desta rede de atenção e prevenção.” (CAMPOS; JORGE; BARCELOS, 2010, p. 25)

Vários autores atribuem a causa da violência aos aspectos psicológicos, biológicos, culturais e sociais, ou seja, aspectos que estão relacionados às diversas áreas do conhecimento. Dessa forma, Minayo, ao analisar a complexidade do tema violência, ressalta a importância de trabalhar essa questão de forma multiprofissional e interdisciplinar. Afirma a autora que o fenômeno “Exige abordagem ao mesmo tempo social, psicológica e epidemiológica, levando em conta, inclusive, os aspectos biológicos” (MINAYO, 1997, p. 11). Destaca ela também a importância da epidemiologia na intervenção dessa problemática, quanto à vigilância dos

casos de violência no que tange à prevenção e promoção da saúde. É sabido que a violência gera o adoecimento físico e emocional, o que reflete no setor saúde. Sendo assim, é de suma importância a participação desse setor na prevenção da violência para promover a saúde e o bem-estar da população, visto que, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a violência se tornou uma epidemia devido a sua magnitude. Minayo, ao se referir à função tradicional da saúde, afirma que a preocupação desse setor

[...] tem sido cuidar dos agravos físicos e emocionais gerados pelos conflitos sociais, e hoje busca ultrapassar seu papel apenas curativo, definindo medidas preventivas destes agravos e de promoção à saúde, em seu conceito ampliado de bem-estar individual e coletivo. (MINAYO, 1997, p. 8)

Para a saúde ultrapassar apenas o papel curativo, o trabalho em rede torna-se primordial. É nesse aspecto que o setor saúde pode avançar e ampliar sua rede de atendimento, facilitando o acesso dos usuários a outros bens e serviços quando necessário. No trabalho em rede, os casos podem ser acompanhados até o final pelos mesmos profissionais que iniciaram o atendimento e ser encaminhados para os locais específicos que darão continuidade e mais rapidez ao atendimento e resolutividade dos casos.

No que tange à rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, o trabalho em rede é de suma importância, uma vez que elas dependem de vários equipamentos para sair dessa situação e muitas vezes precisam de um serviço que aja com rapidez. Muitas são as mulheres que morrem por lentidão no processo de encaminhamento e atendimento dos serviços existentes, e isso esbarra mais uma vez na falta de compromisso de alguns profissionais, o que fragmenta a rede e vitimiza, mais uma vez, a mulher. Trabalhar com a perspectiva de rede é desenvolver meios para ampliar a autonomia, garantir os direitos humanos, saúde e qualidade de vida da população e especialmente das mulheres em situação de violência.

Isso aponta para a necessidade de políticas públicas intersetoriais e universais que reconheçam as mulheres em sua totalidade, afirmando seus direitos, que proporcionem o bem-estar físico e mental desse grupo populacional em todas as áreas, como saúde, educação, segurança, entre outras, visto que os fatores que levam ao adoecimento físico e psicológico são diversos e estão associados às práticas diárias como o modo de vida, a cultura, entre outras.

Necessário se faz também um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, uma vez que os fatores que ocasionam o adoecimento de muitas mulheres estão relacionados a causas diversas. Mesmo se tratando especificamente da violência contra as mulheres, essa violência está atrelada às mais diversas causas, como a construção histórica e social, a classe social, raça/etnia, e também às questões de gênero. Isso afeta as mulheres em todos os aspectos: afeta sua saúde física e psicológica, afeta seu desempenho no mercado de trabalho, na sua vida social, no âmbito público e privado. Daí a importância de se ter um trabalho completo, que esteja atrelado às mais diversas áreas do conhecimento, para que se possa trabalhar com uma atenção integral à mulher, principalmente no que tange a sua saúde, proporcionando-lhe maior qualidade de vida e maior bem-estar.

4 A IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE CARIACICA, ESPÍRITO SANTO

Este capítulo trata do resultado da pesquisa empírica, realizada entre janeiro e agosto de 2012 no município de Cariacica, junto à parte dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, a fim de analisar a implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências contra a Mulher em Cariacica.

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO MUNICÍPIO DE CARIACICA

No ano de 2009, o Ministério da Saúde elencou alguns municípios prioritários para implantar a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica/Sexual e Outras Violências Contra a Mulher.

Entre os municípios, estavam aqueles que já haviam constituído os seus Núcleos de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde (NUPREV). No Espírito Santo, os elencados foram, Vitória, Serra, Cariacica, Vila Velha e Colatina.

O governo federal priorizou, inicialmente, os municípios que demonstraram capacidade de gestão e que preenchiam critérios epidemiológicos definidos pelo Ministério da Saúde. Mas, segundo Gawryszewski et al. (2007, p. 1273), outros critérios também foram incluídos, entre eles os seguintes:

- altas taxas de morbidade e mortalidade por acidentes e violências, considerando o *ranking* das violências, definido a partir do SIM/Datasus;
- prioridades estabelecidas pela matriz de exploração sexual do Programa de Atividades Integradas Referenciais (Projeto PAIR), definida pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH);
- municípios prioritários definidos pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres;

- municípios prioritários de prevenção de violências e exploração sexual definidos pela área técnica de Saúde da Mulher/Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde;
- existência de Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde;
- existência de serviço de emergência hospitalar e de referência ao atendimento às vítimas de violência;
- participação no projeto-piloto do Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância à Saúde que testou a Ficha de Notificação Compulsória de Violência contra a Mulher (e outras Violências Interpessoais);
- decisão política e capacidade técnica e de gestão.

De acordo com os autores, considerando as exigências legais de notificação da violência contra criança, adolescente, mulher e idoso, o processo proposto para essa coleta difere do da *Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergências*. Enquanto o registro destes últimos se dá por amostragem, a coleta dos casos de violência contra criança, adolescente, mulher e idoso é universal e contínua. Essa coleta foi iniciada em agosto de 2006, mas a adesão de novos serviços pode se dar continuamente e a qualquer momento do processo.

Dos cinco municípios capixabas identificados como prioritários, Vitória, apesar de ter um acúmulo do ponto de vista da implementação de políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres, segundo Margarida, constam nos serviços de saúde poucas notificações de casos de violência contra mulheres quando comparadas aos registros de outros órgãos existentes no campo da segurança pública.

Outros municípios que se destacam na implantação da notificação são Serra e Vila Velha. Vila Velha, por exemplo, realizou a elaboração de um fluxo de atendimento integrado dos serviços que integram a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, o qual, no momento, segundo Margarida, se encontra em processo de organização.

O caso do município de Colatina diferiu do dos outros municípios. De acordo com Margarida, lá, foram feitas várias capacitações pelo Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica do estado (NEVE), e nada aconteceu.

O Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica tem por finalidade coordenar, gerenciar o Sistema de Informações Epidemiológicas. Por isso, é responsável pela:

[...] elaboração de estudos e normas técnicas relativas ao desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica de agravos à saúde, propondo programas, para acompanhamento contínuo da dinâmica do processo saúde doença, elaborando as análises que forem pertinentes e recomendando ações que forem necessárias para interferir positivamente na acumulação de saúde da população. (ESPÍRITO SANTO, 2012, p. 1)

Ao referir-se especificamente à implantação da Ficha de Notificação Compulsória no município de Colatina, Margarida observou: “Falta vontade política [...]. Para falar de notificação de violência, a gente não pode só dar para o profissional um papel para preencher. [A notificação] é um processo que tem que vir junto, você faz a notificação e constrói a rede de atendimento, porque senão não adianta.” (MARGARIDA, 2012)

Diferentemente dos quatro municípios acima citados, Cariacica, que recebeu o mesmo investimento por parte do (NEVE) núcleo estadual, no que se refere ao processo de capacitação dos profissionais que atuam junto às vítimas, conseguiu construir um fluxo de atendimento às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e hoje é o município que mais notifica, apesar de ainda existirem falhas na rede, questão que será abordada mais adiante.

Em meados do ano de 2009, iniciaram-se os trabalhos para a implantação da Ficha de Notificação no município de Cariacica, e, no início de 2010, a Ficha de Notificação foi implantada. Desde então, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Vigilância Epidemiológica, vem coordenando e monitorando o processo de implantação da Ficha de Notificação no município.

De acordo com uma das técnicas da Secretaria de Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA), que iniciou e acompanhou os trabalhos, em Cariacica, para a implantação da Ficha de Notificação, como esse município estava na relação dos municípios prioritários, em 2009, foi feito um primeiro contato com a gerência da Vigilância Epidemiológica do município, quando foi solicitada uma reunião com o secretário municipal de saúde e coordenadores do Programa de Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família e Programa de Saúde Mental. Nessa primeira reunião, os presentes conversaram com o secretário de saúde, que assumiu o compromisso de levar adiante a implantação da Ficha de Notificação Compulsória. A partir de então, foram realizadas reuniões e oficinas com o intuito de capacitar os técnicos para o

atendimento às vítimas de violência e para a implantação da Ficha de Notificação. Essas reuniões e capacitações tiveram como pressupostos as seguintes questões:

Construção de um cronograma de ações da rede; elaboração de um protocolo de cooperação entre as partes integrantes da rede; criação da comissão permanente de monitoramento dos atendimentos da rede (cada instituição deve indicar um representante); sensibilização das instituições envolvidas para atendimento humanitário à população (infra-estrutura, ampliação do horário de atendimento do Centro de Referência da Mulher, DEAM e DPCA); divulgação interna e externa dos serviços; implantação da Ficha de Notificação Compulsória. (CARIACICA, 2011a, p. 11)

As reuniões e oficinas de capacitação para a criação da rede de atendimento às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual do município de Cariacica contaram com a participação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS) e da Secretaria Municipal de Cidadania e Trabalho (SEMCIT), já que são as secretarias que desenvolvem ações de enfrentamento à violência e dão assistência à mulher vítima. No que refere à primeira secretaria, participaram os serviços de Vigilância Epidemiológica (NUPREV), o Programa de Agente Comunitário de Saúde da Família (PACSPSF), a Atenção Primária, o Programa de Saúde Mental, o Centro de Referência DST/AIDS e o Hospital Maternidade de Cariacica. Da SEMAS, participaram a Subsecretaria, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o Programa Sentinela e o Conselho Tutelar. Da Secretaria Municipal de Cidadania e Trabalho (SEMCIT), participaram a Gerência de Direitos da Mulher (GEDIM), a Gerência de Direitos Humanos e Segurança Pública (GDHSP) (CARIACICA, 2011a). Também participaram órgãos que integram as secretarias de Estado. Foram eles: da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), estiveram presentes representantes do Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), da Comissão Estadual de Monitoramento e Avaliação do Atendimento à Vítima de Violência Sexual (CEMAVIVIS); da Secretaria Estadual de Segurança Pública (SESP), participaram a Polícia Civil, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA), a Polícia Militar e a Casa Abrigo Estadual Maria Cândida (CAES) (CARIACICA, 2011a).

A primeira reunião realizada pela SESA para dar início ao processo de capacitação para a implantação da Ficha de Notificação de violência em Cariacica se deu no dia 24 de julho de 2009, a fim de estabelecer as parcerias para a construção da rede de atendimento. Nessa reunião, foi discutida a experiência do *Programa Iluminar*, de Campinas, São Paulo. O

Programa Iluminar Campinas – Cuidando das Vítimas de Violência Sexual foi implantado em 2001. É um programa que visa “Ampliar as ações do município na atenção às mulheres, adolescentes, crianças e homens vítimas de violência sexual” (PEDROSA, 2010, p. 82). Nele, as vítimas recebem assistência médica, social e psicológica.

No dia 28 de agosto desse mesmo ano, foi realizada a primeira oficina com os gestores dos serviços, quando foi abordada a importância da implementação da Rede de atendimento, e se reforçou a necessidade da colaboração de todos os setores envolvidos. Também reforçou-se a necessidade de elaboração de um protocolo determinando o fluxo de atendimento e a definição das responsabilidades de cada setor envolvido (CARIACICA, 2011a).

No dia 4 de setembro de 2009, aconteceu a segunda oficina. Nessa oficina, foi feita a subdivisão de grupos de trabalhos para construção dos fluxos para atendimento a crianças e adolescentes e às mulheres. O grupo conseguiu avançar na definição do fluxo de atendimento às mulheres vítimas de violência e, no mesmo dia, ele foi socializado para todos os presentes (CARIACICA, 2011a). Sobre essa questão, registra Margarida: “As pessoas... Os técnicos começaram a buscar fazer essa rede e acabou a gente fazendo oficinas belíssimas lá de construção de fluxo com a participação de todas as instituições afins” (MARGARIDA, 2012). Margarida explica qual foi a dinâmica usada para capacitar os profissionais de saúde:

[...] então a gente mapeia todos os fluxos de atendimento que o município tem. A partir daí a gente pede para eles fazerem um raciocínio de quando chega uma pessoa vítima de violência pra onde que ela vai. Ai, eles mesmos começam a pensar no que é feito. Num segundo momento, a gente pede para eles pensarem no que deveria ser feito e a partir daí sai um fluxo de atendimento desenhado, de acordo com cada município. (MARGARIDA, 2012)

A terceira oficina se deu no dia 19 de setembro de 2009 com a apresentação do fluxo de atendimento à criança e ao adolescente. Também, nesse mesmo evento, foi criada uma Comissão Permanente com a tarefa de acompanhar, articular e avaliar os serviços que passaram a integrar as redes de atenção às vítimas de violência (Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente e a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência). Dessa forma, a comissão foi composta, no âmbito municipal, por um representante da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS), da Secretaria Municipal de Educação (SEME), da Secretaria Municipal de Cidadania e Trabalho (SEMCIT). No âmbito estadual, foram indicados para integrar a Comissão representantes da Secretaria de Segurança Pública (SESP), da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e da

Defensoria Pública (CARIACICA, 2011a). Observa-se um esforço coletivo para que as duas redes passem a atuar de forma articulada no processo de notificação da violência, já que muitos dos serviços que realizam a notificação tanto dos casos que envolvem crianças e adolescentes quanto dos casos que envolvem mulheres são coincidentes.

Em 23 de setembro de 2009, foi realizada a quarta oficina para a apresentação final dos fluxos de atendimento, para o agendamento da capacitação dos profissionais de saúde e para a elaboração de uma proposta de Protocolo de Cooperação entre as instituições.

No dia 26 de outubro de 2009, ocorreu a reunião da Comissão Permanente para a revisão final do fluxo de atendimento, para a elaboração das estratégias de apresentação da Rede no Gabinete de Gestão Integrada Municipal (GGIM). Essa reunião contou com a participação dos seguintes representantes: da SEMAS (da subsecretária, do CREAS, do Programa Sentinela); da SEMUS (do NUPREV); da SEMCIT (da GEDIM); da SESP (da DPCA) (CARIACICA, 2011a).

A partir das decisões institucionais de implantação da notificação e da definição de forma detalhada da rotina do processo de notificação, chegara o momento de preparar os profissionais de saúde que atuam na ponta da rede, ou seja, no atendimento a vítimas de violência. Também, para o processo de capacitação, foram convidados profissionais (assistentes sociais, psicólogos, policiais, entre outros) dos demais serviços que passaram a integrar a rede. Para tanto, foram marcadas oficinas de capacitação para os dias 9, 10, 11 e 12 de novembro de 2009, em Sotelândia (bairro localizado na região de Bela Aurora), com intuito de socializar as informações, discutir os procedimentos médicos para o atendimento a vítimas de violência e ensinar a metodologia de preenchimento da Ficha de Notificação, tomando como referência o manual de preenchimento da ficha, disponibilizado pelo Ministério da Saúde. As oficinas foram realizadas pela SEMUS em parceria com a SESA-ES (CARIACICA, 2011a).

De acordo com Margarida, que já havia realizado os treinamentos e as oficinas junto aos gestores, a capacitação dos profissionais constituiu “[...] um processo de agregamento mesmo.” (MARGARIDA, 2012)

Ainda, segundo a entrevistada, durante as oficinas, depois do exercício coletivo para identificar os caminhos que a vítima de violência doméstica e sexual deve percorrer, foi feito o treinamento com base no manual de preenchimento da ficha, elaborado pelo Ministério da Saúde. A estratégia da equipe foi a adoção de casos fictícios de violência e, por meio de estudos de caso, fez-se o preenchimento da ficha; ao mesmo tempo, foram realizados os encaminhamentos necessários para cada caso. Comenta Margarida: “A gente vai analisando esses casos e o aprendizado é diário.” (MARGARIDA, 2012)

A Ficha de Notificação conta com 71 itens que abordam dados pessoais da vítima e do agressor, tais como dados sobre a residência, local onde ocorreu a violência, tipo e consequência da violência sofrida, local da notificação, bem como a evolução e os encaminhamentos dados para o caso da vítima (ANEXO D).

O processo histórico da implantação da Ficha de Notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no município de Cariacica contou com um trabalho bem articulado, com várias capacitações e oficinas a fim de sensibilizar e capacitar os profissionais dos serviços que compõem as redes de atendimento às vítimas de violência. O comprometimento dos profissionais, seja dos gestores, que têm como responsabilidade gerir a política, seja dos profissionais que estão no atendimento direto às vítimas de violência, é um fator crucial para estimular a quebra do ciclo de violência.

Mesmo já iniciado o processo de notificação da violência, algumas iniciativas importantes, como as relacionadas a seguir, foram mantidas buscando consolidá-lo:

- Deu-se continuidade à capacitação dos profissionais que fazem o atendimento. Nessas capacitações, ocorriam discussões acerca da questão da profilaxia em mulheres vítimas de violência sexual.
- Eram realizadas reuniões periódicas para avaliar e aprimorar rede de atendimento às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- Foram também realizadas oficinas da rede de atendimento às mulheres, às crianças e aos adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

- Aconteceu uma *Roda de Conversa* na qual foi discutido o tema *violência doméstica e familiar* com o objetivo de aprofundar, do ponto de vista teórico, político e metodológico, a compreensão deste fenômeno.

A entrevistada Violeta também se recorda de uma reunião ocorrida com todos os profissionais em todas as unidades de saúde e nos PA's.

Quando lançamos a Ficha de Notificação, nós chamamos todas as Unidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, aqueles que estão na ponta fazendo o atendimento para sensibilizar, para eles poderem identificar quando realmente é um caso de violência e que deve ser notificado. Não pode ter dúvida, eles têm que ter certeza que é para notificar. (VIOLETA, 2012)

No que se refere especificamente à capacitação continuada dos profissionais, além das realizadas em 2009, foram feitos quatro treinamentos pelo NUPREV de Cariacica, entre os meses de junho a dezembro de 2010, com intuito de avaliar o processo já em curso e esclarecer dúvidas e solucionar pendências. Nessas oficinas, também participaram novos técnicos, já que Cariacica também lida com a rotatividade de profissionais, em especial de médicos e enfermeiros, exigindo que o município lhes ofereça oficinas de sensibilização e de capacitação de forma permanente.

Após as capacitações e treinamentos, em janeiro de 2010, o NUPREV iniciou as atividades para a efetivação da Notificação Compulsória de violência, compreendendo o processo de divulgação da notificação nos terminais e locais de grande fluxo populacional no município e a entrega do kit de atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual nas Unidades de Saúde do município.

O Kit contém os fluxos de atendimento às mulheres, crianças e adolescentes vítimas em situação de violência; listas de contatos das instituições envolvidas na rede, fichas de notificação compulsória de violência; manual instrutivo para preenchimento da Ficha de Notificação; e os prospectos de conduta na profilaxia do primeiro atendimento. Este último, somente para as unidades de saúde de referência no atendimento às vítimas (Hospital Maternidade de Cariacica e Pronto Atendimento Infantil de Cariacica). (CARIACICA, 2011b, p. 11)

Os diversos acontecimentos que marcaram a história da implantação da Ficha de Notificação Compulsória da violência contra as mulheres em Cariacica revelam que esse processo demandou muita energia e iniciativas institucionais e políticas, sendo resultado de um esforço coletivo de gestores estaduais e municipais.

4.2 O FLUXO DO ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DENTRO DA REDE E O PROCESSO DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE CARIACICA

Aqui será abordado alguns aspectos sobre rede e também será apresentado como se dá o fluxo de atendimento à mulher vítima de violência dentro da rede de atendimento no município de Cariacica.

4.2.1 Notas sobre a rede

A rede tem sido uma prática no campo das políticas públicas. No caso da atenção às mulheres em situação de violência, ela tem se constituído, em muitas partes do País, uma realidade, o que não quer dizer que o seu funcionamento se dê de forma adequada. Afirma Soares sobre a importância da atuação em rede:

[A rede é] um dos caminhos para se superar a fragmentação e descontinuidade impostas pela estrutura segmentada e pela falta de cooperação entre níveis de governo (Municipal, Estadual e da União) por meio da ação coordenada e descentralizada de diferentes áreas de governo, com apoio, influência e monitoramento de organizações e grupos da sociedade civil. Possibilita uma abordagem mais integral e holística dos problemas cotidianos vivenciados pelas comunidades e dá condições para maior efetividade e qualidade das políticas e serviços públicos. Entre esses problemas, que atingem milhões de brasileiras e brasileiros, está a violência contra a mulher. (SOARES, 2003, p. 28)

Porém, as autoras chamam a atenção para os riscos que podem fragilizar ou inviabilizar a constituição de uma rede:

É importante que haja um reconhecimento entre as instituições e grupos que farão parte da construção da rede de serviços, do que cada organização faz e não faz, de suas potencialidades e limitações, para que não haja confusão e/ou superposição de papéis, bem como não se alimentem frustrações e expectativas equivocadas de umas em relação às outras, ou seja, para que as atribuições e as responsabilidades de cada uma delas estejam bem claras. Assim, será possível também melhor otimizar suas competências e estabelecer fluxos e dinâmicas de trabalho reais e eficazes, permitindo adequada orientação e encaminhamento das vítimas aos serviços disponíveis na rede que se pretende construir [...]. É fundamental, pois, identificar as diferenças de natureza, papel, capacidade e função de cada instituição que integra ou que se pretender integrar na rede de serviços. (SOARES, 2003, p. 31)

No caso de Cariacica, há algumas redes de serviços, entre as quais duas redes de atenção a vítimas de violência: a Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente e a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Nesse caso, o interesse se volta para a última rede, devido ao tema proposto. A Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência conta com equipamentos de saúde, de segurança pública e de assistência social. Compõem a Rede:

- O NÚCLEO DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE (NUPREV) – Tem como função implementar ações de prevenção e cultura de paz, realizar as capacitações, fiscalizar e monitorar a rede de atendimento às vítimas de violência. Também é sua função receber as notificações feitas pela rede de atendimento às mulheres vítimas de violência, acompanhar essas vítimas e encaminhá-las à rede de atendimento quando necessário. No item 3 deste trabalho, há maiores informações sobre o NUPREV.

- QUATRO PRONTOS-ATENDIMENTOS – São eles: PA Nova Rosa da Penha I; PA Itacibá, que funciona durante 24 horas; PA Bela Vista e o PA Infantil. Os PA's de referência têm por função realizar o acolhimento, a notificação, o encaminhamento e o transporte das mulheres vítimas de violência que chegam até esses serviços. (CARIACICA, 2011c)

- UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) – As UBS são estruturas municipais. No município de Cariacica, existem 32 UBS. Em função da descentralização dos serviços de saúde, elas estão localizadas nos bairros a fim de manter maior proximidade com a população. As UBS oferecem um atendimento básico em saúde que conta com o acompanhamento e a prevenção das doenças da população.

- GEDIM – A Gerência dos Direitos da Mulher, assim como a DEAM, a PM e o DPJ, também constituem porta de entrada, na rede, para as mulheres vítimas de violência na rede. A Gerência dos Direitos da Mulher da Mulher surgiu em 2005 para assessorar assuntos em matéria de políticas para as mulheres e, nesse período, era vinculada ao gabinete do prefeito. Em 2005, o serviço de atendimento à mulher começou a se estruturar. Em 2006, ampliou-se o atendimento da GEDIM em virtude da Lei Maria da Penha, e, em 2009, a assessoria tornou-se gerência. O atendimento acontece de segunda a sexta, das 8 às 18 horas. De acordo com Rosa, a GEDIM tem como objetivo formular a política pública para as mulheres e também gerir essa política, assessorar as outras secretarias da prefeitura

e o próprio prefeito, quando os assuntos se referem às mulheres. Também é função da GEDIM elaborar projetos e captar recursos para garantir os direitos das mulheres, além de trabalhar com seminários, palestras, oficinas a fim de sensibilizar e discutir os assuntos referentes ao público feminino, principalmente quando se trata das questões de violência contra a mulher. Entre as suas diversas atividades, assessora também o conselho de direitos da mulher e trabalha de forma muito característica com o atendimento às mulheres vítimas de violência.

- SEMAS – A Secretaria Municipal de Assistência Social é um órgão municipal e contribui com o atendimento às vítimas de violência no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o qual realiza um atendimento psicossocial de alta e média complexidade.
- DEAM – A Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher é um órgão estadual e tem como função realizar atividades como conciliação, mediação de conflitos e orientação jurídica, bem como apurar e investigar a violação de direitos, possibilitando também a punição do agressor.
- CONSELHO TUTELAR – É um órgão municipal, constituído por pessoas que tenham experiência na área da criança e do adolescente. Sempre que algum direito da criança ou do adolescente é violado, é função do Conselho Tutelar garantir e promover seus direitos realizando o acolhimento e o acompanhamento das vítimas.
- CASA ABRIGO MARIA CÂNDIDA – A Casa Abrigo Estadual Maria Cândida, outro parceiro da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, criada desde 2006, é mantida pela Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social. Oferece segurança e abrigo às mulheres – e seus filhos até treze anos de idade – que se encontram em risco de morte. A Casa Abrigo funciona em local sigiloso, para melhor segurança das vítimas. A Prefeitura de Cariacica tem um convênio com o governo do estado para fazer uso da casa quando alguma munícipe em risco de morte por causa da violência doméstica necessitar de abrigo.
- CONSELHO MUNICIPAL DA MULHER – É um órgão municipal com autonomia administrativa e financeira. Tem como objetivo garantir os direitos humanos das mulheres eliminando todas as formas de discriminação e violência.

- CENTRO DE REFERÊNCIA DST/AIDS – É um órgão municipal que recebe as mulheres que sofreram violência doméstica e/ou sexual para a administração da profilaxia. Além disso, realiza exames e faz o acompanhamento dos pacientes HIV positivo.
- DEFENSORIA PÚBLICA – Atua na rede com assistência judiciária e orientação jurídica às pessoas carentes a fim de garantir a igualdade e o acesso à justiça aos cidadãos.
- MINISTÉRIO PÚBLICO/PROMOTORIA DA MULHER – O Ministério Público é uma instituição independente e gerido pelo Procurador Geral de Justiça, escolhido pelos membros do Ministério Público. Dentro do Ministério Público, existe a Promotoria da Mulher, que tem como função atuar nos procedimentos administrativos referentes aos direitos das mulheres e fiscalizar os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência bem como a aplicabilidade da Lei.
- VARA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – Com um serviço multidisciplinar, a Vara da Violência permite que a mulher seja tratada de forma diferenciada, com serviços de orientação às mulheres vítimas de violência doméstica. Concede à mulher um defensor público e permite também centralizar algumas ações, como separação e pensão alimentícia.
- DML – É um órgão estadual e é coordenado por um médico legista. Tem como função realizar os exames de corpo de delito e emitir os laudos das perícias realizadas, em casos de causas criminais.
- HOSPITAL MATERNIDADE DE CARIACICA – O Hospital Maternidade de Cariacica (Hospital de Referência) é um hospital municipal que tem como atribuição realizar a notificação, a profilaxia e o transporte das vítimas de violência.
- HUCAM – O Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes também é um parceiro da rede e atua realizando o aborto legal das mulheres que engravidam em consequência do abuso sexual.
- DPJ/ PM – No caso do DPJ e da PM, as mulheres procuram esses órgãos para registrar a queixa da agressão, principalmente quando a DEAM não se encontra em horário de funcionamento, uma vez que a PM e o DPJ funcionam durante 24 horas.

Muitos desafios estão postos para a atuação das redes, dentre as quais se destaca a mobilização dos seus integrantes. Nesse sentido, a entrevistada Violeta registra que o NUPREV tem um papel fundamental no que diz respeito ao processo de mobilização dos atores que estão na rede. Porém, as funções do Núcleo extrapolam o seu papel mobilizador, constituindo-se ele no principal responsável pela capacitação e sensibilização dos profissionais e gestores. Nesse processo de capacitação, Violeta relata que são convocados para as capacitações supervisores e profissionais das unidades de atendimentos tanto da rede pública quanto da rede privada, entre eles médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem.

O NUPREV também se destaca pela sua função de monitoramento dos casos notificados. De acordo com a entrevistada, ficou estabelecido, no processo de construção da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, em Cariacica, que a área da saúde seria responsável pelas funções descritas acima no que tange ao enfrentamento da violência contra a mulher.

Violeta também constata que o processo de capacitação e sensibilização dos profissionais da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência é um processo lento, mas que tem evoluído muito com as atividades de capacitação e sensibilização realizadas pelo NUPREV.

Começamos a chamar os parceiros, depois que a gente fechou o fluxo todo da rede. Começamos aquele trabalho de formiguinha [fazer a capacitação], como que vai notificar, quais os casos que deve notificar. Ainda há muitas dúvidas hoje, muita gente não notifica ainda, mas a gente evoluiu bastante. (VIOLETA, 2012)

A sensibilização e o comprometimento dos profissionais envolvidos, bem como uma rede de atendimento bem articulada e bem divulgada tanto para os profissionais que compõem a rede de atendimento quanto para os munícipes, são aspectos fundamentais para que o serviço de enfrentamento à violência contra a mulher funcione e, assim, a vítima de violência possa ser atendida, identificada e acompanhada pela rede. Dessa forma, a Notificação Compulsória, que muitas vezes é vista como um processo que quantifica os dados, passará a ser vista por todos como um instrumento capaz de diminuir a problemática da violência presente no cotidiano de muitas mulheres.

Outro aspecto importante, que constitui um desafio para a implantação da Notificação Compulsória de violência, está no funcionamento da rede. Ainda existem falhas na rede:

muitos equipamentos da rede não se comunicam, o que não contribui para que os problemas enfrentados por muitas mulheres tenham resolutividade.

O trabalho em rede é complexo e exige dos setores envolvidos muita dedicação e comprometimento. Para a entrevistada Margarida, é necessário maior integração entre os serviços. Quanto a isso, Njaine et al. (2006, p.1314) vêm confirmar que “A constituição de uma rede de prevenção à violência exige, quase sempre, um movimento mais intenso, mais contínuo, para integrar diferentes atores e equipamentos sociais (seja através de uma rede informatizada ou não).”

É importante que cada equipamento conheça os serviços existentes no município para o enfrentamento da violência e que o conjunto dos serviços estejam interligados e não isolados; que eles se comuniquem para garantir um bom acompanhamento da vítima. De acordo com a entrevistada Margarida, “Polícia não se integra com o setor saúde e nem com a ação social, porque os pontos de atendimentos são isolados. Então, a rede é isso! E fazer isso acontecer é um grande desafio. Então passa pela sensibilidade do profissional [...]” (MARGARIDA, 2012). Concordando com essa ideia, Njaine et al. (2007, p. 1314) afirmam que a rede constitui “Um conjunto de nós que se encontram interconectados. Esses nós configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões”. Daí a importância da integração entre os equipamentos que compõem a rede, uma vez que, além de essa integração garantir o cuidado à saúde, “salienta-se que os direitos sociais previstos na legislação devem ser efetivados numa rede de proteção.” (FALEIROS; RAPOSO, 2011, p. 356)

Ao referir-se à Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, a entrevistada Margarida (2012) ressalta ainda que, para a rede funcionar, é preciso desenhar e publicar o fluxo de atendimento, de modo que “[...] toda mulher tem que chegar às Unidades de Saúde e saber que se ela estiver sendo vítima de violência ela pode contar com aqueles profissionais. [É preciso] divulgar isso, fazer mais capacitações”. É importante que os profissionais das diversas áreas afins saibam que o trabalho em rede faz parte de um cuidado integrado entre eles.

4.2.2 A notificação e o fluxo dos casos de violência contra mulheres em Cariacica

De acordo com a entrevistada Violeta, quando o NUPREV recebeu a demanda para implantar a Ficha de Notificação no município de Cariacica, os técnicos que ali atuavam não conheciam os procedimentos necessários, pois Cariacica era o primeiro município do Estado do Espírito Santo a registrar a sua adoção. Afirma:

Quando eles solicitaram que fosse implantado no município, não era simplesmente lançar a Ficha de Notificação, e falar assim: “então tá, agora você notifica”. Daí se deu a ideia de fazer o fluxo de atendimento tanto da mulher quanto da criança e do adolescente, para fazer com que essa notificação siga os passos dentro da rede e dizer: não, realmente a rede está funcionando, não só por questão de estatística, mas [também] para acompanhamento. (VIOLETA, 2012)

Algum tempo depois de iniciados os movimentos para o cumprimento da Lei nº 10.778/2003, o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências se constituía uma realidade. Então, a Ficha de Notificação deverá ser preenchida toda vez que chegarem mulheres vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, podendo ser elas crianças, adolescentes, jovens, adultas, idosas, brancas, negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, transexuais ou bissexuais.

A partir dos relatos dos entrevistados, constata-se que os serviços de saúde que atualmente mais notificam a violência em Cariacica são os Prontos-Atendimentos (PA's). Porém, essa notificação não acontece na mesma intensidade em todos eles. Dos quatro existentes no município, o que mais notifica é o PA de Itacibá, que, de acordo com os entrevistados, é a porta de entrada das mulheres que sofrem violência. Os outros PA's notificam, porém em menor quantidade. Conforme relata Violeta, apesar de todos os PA's receberem treinamentos e serem instruídos para realizar a Notificação Compulsória de violência contra a mulher, o PA de Itacibá acaba sendo o que mais notifica. Violeta atribui a grande quantidade de notificação pelo PA de Itacibá ao fato de ele funcionar durante 24 horas. Sendo assim, de acordo com a entrevistada, a população, ao saber disso, se dirige imediatamente para essa unidade de pronto-atendimento, o que faz com que o número de notificações seja muito maior em relação ao dos outros PA's.

No que se refere às Unidades Básicas de Saúde, afirma uma das entrevistadas:

Quando a gente fez o treinamento [para o preenchimento da] Ficha de Notificação a gente colocou todas as Unidades. Cariacica tem 32 Unidades de Saúde, só que a gente já sabia que quem ia notificar mais seriam os PA's [Prontos-Atendimentos], por conta do primeiro atendimento, mas a gente procura sensibilizar [também] o profissional [das Unidades Básicas de Saúde]. (VIOLETA, 2012)

Durante a pesquisa de campo, pôde-se constatar que as Unidades Básicas pouco notificam, o que tem representado um problema para a efetivação da Notificação Compulsória de Violência contra Mulheres em Cariacica. Para a entrevistada Orquídea, assim como para Violeta, isso se dá pelo fato de as unidades de saúde fazerem o atendimento de rotina, e não o de emergência, e de dificilmente o paciente chegar até a consulta de rotina com lesões e machucados graves. Mesmo assim, segundo Orquídea, todas as unidades de saúde, assim como os PA's e os estabelecimentos privados, recebem treinamentos e capacitações para realizar a notificação de violência e são orientados a notificar; porém, eles encaminham poucas notificações.

Entende-se que as Unidades Básicas de Saúde deveriam cumprir o primeiro papel de rastreamento da violência, com os atendimentos cotidianos que faz. De acordo com a entrevistada 10, é na atenção primária que deve ser feito o acompanhamento das vítimas, uma vez que no PA não se consegue fazer esse acompanhamento, porque a dinâmica de atendimento é muito grande e, por isso, não é possível o trabalho em rede por parte do PA. Dessa forma, relata que esse serviço deveria ser feito pelas unidades de saúde. Diz ainda que, muitas vezes, o atendimento no PA fica sobrecarregado em função de atendimentos que deveriam ser feitos em Unidade Básica de Saúde, mas relata que a atenção primária no município de Cariacica é precária e, por isso, as pacientes acabam procurando diretamente o PA. Diz ela:

[...] Cariacica não tem atenção primária [...] por isso é que tem essa sobrecarga no P.A. Na verdade, [...] a maioria dos pacientes que a gente atende aqui são pacientes ambulatoriais, são pacientes que não conseguem na Unidade de Saúde e aí vêm pra cá, [...]. Acho que por isso, pra cumprir notificação dos casos. A porta de entrada está sendo aqui, primária e secundária e terciária. (ENTREVISTADA 10, 2012)

Além do atendimento primário, as UBS têm, na sua estrutura, equipes do Programa Estratégia Saúde da Família, tendo maiores condições de detectar casos de violência no ambiente familiar, antes mesmo de esses casos chegarem às UBS. Por isso, elas deveriam ser uma das portas de entrada para outros serviços de saúde. No mais, devem garantir o cuidado contínuo dos usuários dos serviços. No atendimento básico, o acolhimento e o cuidado para com os

usuários devem se dar de forma integral. Por isso, é importante que exista um relacionamento de confiança entre os profissionais de saúde e o usuário. Quanto a isso, escrevem Camelo et al. (2000, p. 31):

A equipe de saúde não deve centrar suas atividades apenas em procedimentos técnicos e sim buscar refletir e atuar considerando a importância do envolvimento com o usuário e em ter uma relação mais próxima com as pessoas que buscam e/ou precisam de ajuda.

Essa aproximação permite que o profissional perceba questões que, muitas vezes, não são postas pelos usuários, principalmente quando estes são mulheres vítimas de violência, pois a maioria sente vergonha e medo de falar sobre o assunto. No entanto, muitas mulheres, como resposta às agressões sofridas, adoecem. Porém, o seu processo de adoecimento não é visto como resultante da violência sofrida, impedindo que a principal causa seja enfrentada. Por isso, como afirmam Schraiber et al. (2002, p. 472), “Os serviços básicos de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma grande cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves.”

Como descrito por Solla (2005, p. 501), “[...] o ‘acolhimento’, além de compreender uma postura do profissional de saúde perante o usuário, significa também uma ação gerencial de reorganização do processo de trabalho e uma diretriz para as políticas de saúde”. Também escreve Solla que, em Vitória da Conquista (Bahia), foram feitos vários esforços visando estabelecer uma diretriz para as políticas de saúde. Para tanto, criaram-se pontos de atenção necessários para dar respostas às demandas e necessidades dos usuários, e, com isso, promoveram-se

[...] práticas de acolhimento em todos os pontos de atenção, grande ampliação da capacidade instalada pública, organização de ações de regulação, controle e avaliação, um trabalho junto aos profissionais com vistas a mudanças de práticas na relação com os usuários, e adoção de mecanismos e fluxos de encaminhamentos de pacientes entre os serviços. (SOLLA, 2005, p. 502)

Quanto aos encaminhamentos realizados pelos profissionais dos PA’s de Cariacica, ao identificarem os profissionais uma vítima de violência, esta é encaminhada para a assistente social do próprio PA, que realiza a notificação e encaminha a vítima, se necessário, para o Programa de Saúde Mental¹⁴ do município, para a DEAM ou para o DPJ. Os profissionais do

¹⁴O Programa de Saúde Mental é municipal. Tem uma central administrativa, e, dentro das Unidades de Saúde, funcionam as Unidades Sentinelas do Programa de Saúde Mental, que são três em todo o Município. Além desse atendimento, o município também conta com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais têm a gestão compartilhada, uma gestão municipal e estadual, que também faz parte do Programa de Saúde Mental.

PA, entrevistados 10, 11, admitem que conhecem pouco os serviços que compõem a Rede, e, por isso, os encaminhamentos se dão basicamente para os três equipamentos descritos acima.

Outra questão observada é que os profissionais de saúde não fazem encaminhamento das vítimas para a GEDIM, o que deveria acontecer, já que é a GEDIM que oferece apoio psicossocial e jurídico. Como isso já foi detectado, o NUPREV tem cumprido esse papel. Sobre isso, a entrevistada Rosa comenta:

[...] acabam não encaminhando diretamente; eles notificam e por meio da notificação é que a gente chega a essas mulheres. O NUPREV faz a busca ativa, entra em contato com as mulheres e encaminha para nós ou pra outros serviços que as mulheres estejam precisando naquele momento. (ROSA, 2012)

Quanto aos atendimentos realizados pela Gerência da Mulher, Rosa observa que parte expressiva dos atendimentos da GEDIM é decorrente de encaminhamentos feitos pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, apesar das inúmeras dificuldades postas na relação entre os dois órgãos, segundo a entrevistada.

Outro órgão da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência que faz encaminhamentos para a GEDIM e também recebe casos da GEDIM, de acordo com Rosa, é o Conselho Tutelar. Em Cariacica, existem quatro Conselhos Tutelares e, apesar de não realizarem a notificação, os Conselhos Tutelares são órgãos de extrema importância na Rede, pois muitos casos de violência envolvem meninas. Afirmam Gawryszewski et al. (2007, p. 1271) que, quando situações de violência envolvem menores de 18 anos,

[...] a suspeita ou confirmação de abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes. Segundo o art. 2 do ECA, considera-se criança a pessoa menor de 12 anos e adolescente aquela com idade maior que 12 e menor que 18 anos.

Segundo Rosa, a Gerência da Mulher atende também alguns poucos encaminhamentos da Polícia Militar.

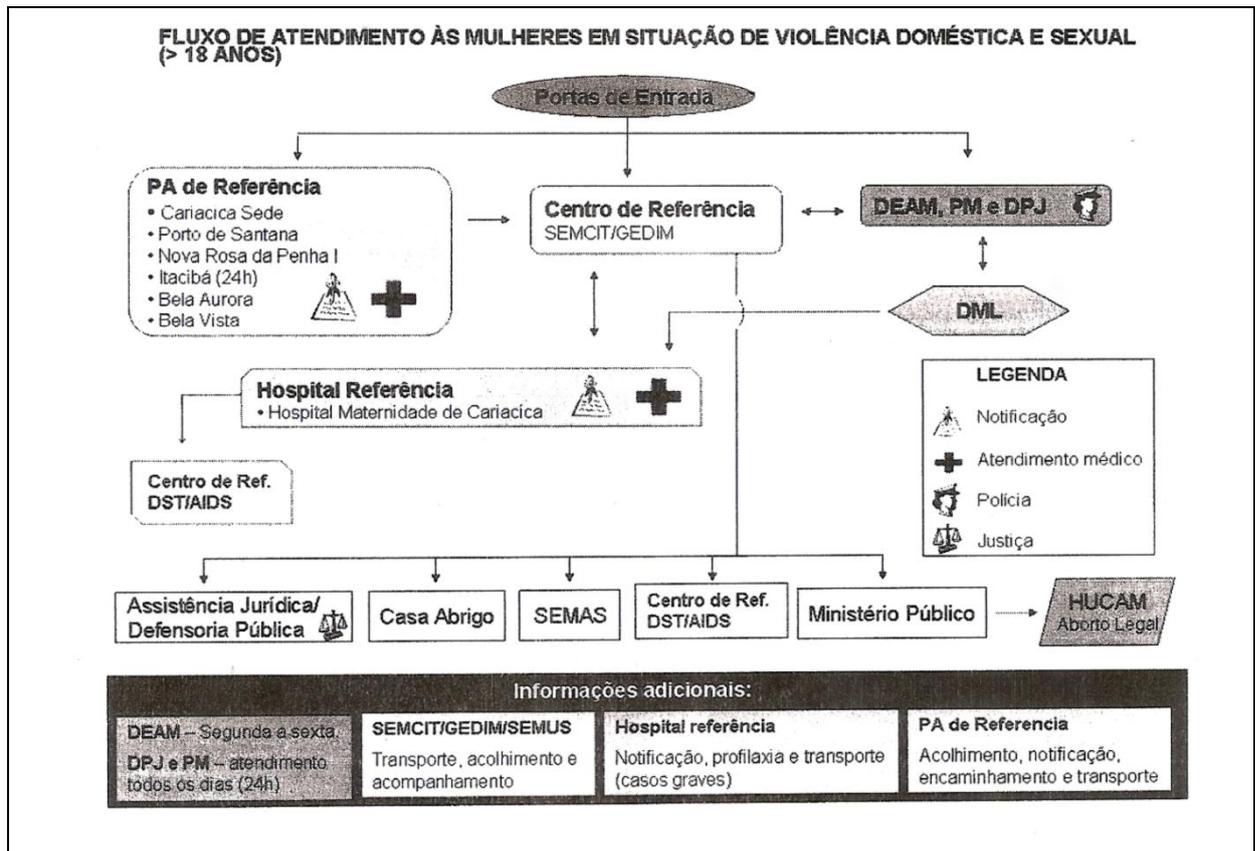
No que se refere à quantidade de notificações recebidas pelo NUPREV, a entrevistada Violeta ressaltou que os PA's e a Gerência da Mulher são os que mais se destacam nessa questão. Segundo ela, os PA's notificam muito porque, como já foi registrado anteriormente,

geralmente fazem o primeiro atendimento. Quanto à Gerência da Mulher, na maioria das vezes, as mulheres vítimas de violência que já conhecem os serviços oferecidos pela GEDIM, e que não estão machucadas fisicamente, procuram a Gerência ou são encaminhadas pela DEAM ao realizarem o Boletim de Ocorrência. “Aí a Gerência se dá ao trabalho de levar [a vítima] para o PA [...]. Então, hoje, quem mais notifica são os PA’s e a Gerência da Mulher.” (VIOLETA, 2012)

Cabe ressaltar que a GEDIM é o único serviço fora da área da Saúde que notifica. Para tanto, utiliza a mesma Ficha de Notificação utilizada pela Saúde. A GEDIM atua como centro de referência no município e preenche a notificação buscando garantir que aquelas vítimas que não chegam aos serviços de saúde também tenham as informações coletadas. Entre os serviços da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, a GEDIM é a que mais notifica, dado que pôde ser observado no capítulo 2.

Buscando garantir maior dinamização do funcionamento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, foi concebido um fluxograma de atendimento à vítima pela rede (QUADRO 2).

Quadro 2 – Fluxograma de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência no Município de Cariacica



Fonte: Cariacica, 2011c.

A ideia de organizar o Fluxo de Atenção às Mulheres em Situação de Violência torna-se uma medida estratégica tanto para racionalizar o atendimento quanto para torná-lo mais eficaz. Nesse sentido, escrevem Gawryszewskiet al. (2007, p. 1277)

A violência apresenta novos problemas para o setor saúde, pois é preciso que existam mecanismos bem definidos não somente para a detecção dos casos, mas também para o acolhimento e encaminhamento das pessoas atendidas. Os programas de atuação e os serviços de saúde devem ser integrados, multidisciplinares, engajados, possibilitando que os recursos necessários estejam disponíveis, facilitando o acesso às redes de apoio e proteção.

Segundo Gawryszewski et al. (2007), o estabelecimento de fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte assim como a definição prévia de competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais é condição fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil e para a redução de causas de doenças que têm mobilizado grande parte de energia e de recursos materiais e financeiros.

No mais, segundo Teixeira et al. (2011), as condições em que se encontra o Sistema de Saúde no Brasil exige planejamento de rotinas de trabalho e implementação de projetos e propostas destinados a garantir o atendimento eficiente, humanizado e digno. Para eles, essas iniciativas podem atenuar a pressão posta pela demanda excessiva aos serviços e, ao mesmo tempo, qualificar o atendimento, resultando em maior confiança no sistema.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005d) afirma que cabe aos gestores locais, dentro de suas responsabilidades, viabilizar a aplicabilidade dos protocolos previamente definidos, diagnosticar as necessidades de investimento na saúde local, bem como garantir os fluxos de atendimento, com plano para referência e contrarreferência, para os usuários, revelando o quão importante é a forma de condução local dos serviços. No caso de Cariacica, é possível observar o esforço no sentido de estabelecer uma rotina dentro dos serviços para garantir o fluxo do atendimento à mulher em situação de violência e, ao mesmo tempo, a notificação dos casos, mas também constata-se que, além da vontade do gestor, existem determinantes outras, questão que será ainda abordada neste trabalho.

Retomando a discussão sobre o fluxo em Cariacica, como já foi dito anteriormente, a entrada da vítima pode-se dar pelos quatro Prontos-Atendimentos, pela GEDIM, pela DEAM, pelos DPJs, pela Polícia Militar. Interessante observar que, apesar de os entrevistados afirmarem a necessidade da inserção das Unidades Básicas de Saúde como porta de entrada da vítima à rede, estas não aparecem no fluxograma acima, revelando-se completamente ausentes do fluxograma.

Outra questão a ser observada é que muitos dos serviços citados no item 4.1.1 não estão presentes no fluxograma. No entanto, é importante observar que o fluxograma aqui apresentado insere os serviços com que a Saúde estabelece relação direta, o que não quer dizer que os serviços não citados não cumpram função de apoio à vítima de violência na área da assistência, dos direitos humanos, no campo jurídico, entre outros.

Com relação aos serviços que são a porta de entrada para a Rede, citados no fluxograma, todos fazem referência e contrarreferência. Eles podem encaminhar a vítima, dependendo do tipo de demanda que apresentam, para os seguintes locais: para o Hospital Maternidade de Cariacica, que faz a notificação da violência, a internação, caso haja necessidade de tratamento mais prolongado, e de profilaxia, quando há violência sexual e a vítima necessita

fazer uso da pílula do dia seguinte, e também faz o transporte da vítima, caso esta necessite de ambulância; para o Centro de Referência DST/AIDS; para o Departamento Médico Legal, caso necessite fazer exames de corpo de delito; para a Casa Abrigo Estadual Maria Cândida, caso esteja em risco imediato de morte; para o CREAS, caso necessite de algum tipo de apoio assistencial; para o Hucam, caso necessite de fazer o aborto legal e/ou seja vítima de violência sexual, porque lá funciona o Programa de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual; para a Defensoria Pública, caso necessite de apoio jurídico; para a Promotoria da Mulher (Ministério Público), caso necessite de orientações legais e de apoio psicossocial.

Apesar de não aparecer no fluxograma o símbolo que indica a notificação da violência pelo serviço, a GEDIM, como já foi aqui afirmado, também faz o preenchimento da ficha.

O serviço deve preencher duas vias da ficha: uma, que é encaminhada, juntamente com a vítima, para os próximos serviços que farão o seu atendimento, e outra, que vai para o NUPREV. No entanto, o tempo entre a notificação realizada pelos serviços e a chegada da notificação ao NUPREV pode variar entre dias e meses. Isso porque há profissionais que esperam acumular uma quantidade de notificações preenchidas para somente depois encaminhá-las para o NUPREV, o que, segundo as técnicas do NUPREV, tem comprometido a assistência à vítima no campo da saúde.

Quanto ao prazo para a entrega da Ficha de Notificação pelos serviços que notificam ao NUPREV, a informação não foi encontrada em nenhum documento analisado. Isso pode ser reconhecido como uma falha, uma vez que alguns órgãos demoram a encaminhar a notificação, o que pode gerar graves consequências para a vítima. A distância entre a realização da notificação e a chegada dessa notificação ao NUPREV pode trazer uma série de complicações. Muitas mulheres que tiveram os seus casos notificados pela Saúde e que não passaram por outros serviços têm como única possibilidade de sua inserção na Rede a notificação; caso contrário, será mais uma usuária do SUS. Se os dados dos casos notificados pelos serviços de saúde não chegarem ao NUPREV, nenhum profissional tomará providências no sentido de quebrar o ciclo de violência e fazer o atendimento adequado à vítima. No caso da GEDIM, isso não acontece, já que independe do preenchimento da ficha a adoção das providências necessárias.

Após o receber a Ficha de Notificação, o NUPREV deve fazer o registro dela junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde. Pode ocorrer que a notificação seja feita por mais de um equipamento da Rede; porém, nesse caso, tal ocorrência não é maléfica, já que o sistema identifica a duplicidade, podendo, inclusive, servir uma notificação como fonte para complementar aquela aceita pelo sistema. Dessa forma, pode-se ter uma ficha bem completa da vítima.

Em seguida ao registro, o NUPREV entra em contato com a vítima a fim de saber sua real situação. Esse contato feito pelo NUPREV – que pode ser por meio de visitas domiciliares ou contato telefônico –, após o recebimento da Ficha de Notificação, possibilita saber quem está fazendo o acompanhamento da vítima, se foi realizada alguma visita domiciliar, quais encaminhamentos foram dados ao caso da vítima, quais são suas condições de saúde, se ela passou pelos serviços da Rede disponíveis para atendê-la e quais são as suas demandas atuais. “A gente faz uma investigação mesmo. Chegou a Ficha de Notificação, a gente liga, vai atrás da vítima, vai atrás dos serviços e vai anotando na ficha dela.” (VIOLETA, 2012)

De acordo com outra entrevistada, Orquídea (2012), o NUPREV, ao contatar a vítima, tem como objetivos

[...] saber como que a vítima está, se ela tinha lesão saber se essas lesões cicatrizaram, se ela já voltou a sua rotina normal, Aí ela vai contar. Normalmente, ela conta como é que se deu a ocorrência, diz se está ainda com o agressor ou se ele foi morar em outro lugar. Aí, depois, a gente pergunta se ela passou pelos setores para quais ela foi encaminhada: se foi à Delegacia, se representou, se ela procurou a Gerência da mulher. Ela vai contar a experiência dela, e aí qual é a necessidade dela, o que está acontecendo, o que está faltando para ela retomar sua vida. A mulher vai colocar a situação dela e a gente vai tentar dar os outros encaminhamentos possíveis.

Assim, a vítima continua sendo monitorada pelo NUPREV, o que assegura que essa mulher siga caminhando na Rede, conforme suas demandas.

Além de quantificar os casos de violência que acontecem no município e de conhecer o perfil da vítima de violência, a Ficha de Notificação também permite conhecer os caminhos percorridos pela vítima dentro da Rede e, assim, dar prosseguimento ao atendimento, o que se torna necessário, uma vez que muitas necessitam continuar passando pelos serviços existentes na Rede.

4.3 DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

De acordo com os dados coletados, até a interferência da União, o Espírito Santo e seus municípios não haviam ainda tomado qualquer iniciativa acerca da implantação da Ficha de Notificação. A falta de iniciativa também é registrada em outras áreas no que se refere à implementação de políticas de atenção às vítimas de violência doméstica. Isso pode ser constatado na fala de uma das entrevistadas.

O Espírito Santo sempre esteve de costas para essa questão. Então, se você for analisar os equipamentos públicos que existem pra poder atender essas vítimas de violência, [eles] são precários [...]. Nós não temos uma rede de atenção que proporcione a esta mulher a atenção integral. (MARGARIDA, 2012)

A expressão “de costas”, utilizada pela entrevistada, busca expressar a ausência de políticas no âmbito estadual, o que tem contribuído para transformar o território capixaba em um espaço fértil de reprodução da violência, levando-o a se destacar no cenário nacional, uma vez que, segundo Waiselfisz (2012), o Espírito Santo lidera o *ranking* nacional de homicídios de mulheres. Paradoxalmente a isso, o estado foi o segundo a implantar uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM); porém, tanto o seu processo de expansão quanto a implementação de outras políticas necessárias aconteceram de forma tardia. Para Margarida, por causa desse *déficit* de serviços, torna-se necessário trabalhar com os municípios, estimulando-os a atuarem nos campos da prevenção, do enfrentamento à violência e da assistência à vítima de violência.

Segundo a entrevistada 1, integrante do Conselho Municipal da Mulher, apesar de se ter avançado na garantia dos direitos das mulheres, muitos deles ainda não foram concretizados:

Ainda há muita coisa pra conquistar. E a gente está passando por um fenômeno agora. Pra você ter uma ideia, as mulheres já conquistaram todos os direitos, no papel, [...] a aplicação desses direitos que é a conversa maior, então [é preciso saber] o que é de responsabilidade do município, do Estado e da União. (ENTREVISTADA 1, 2012)

Porém, a entrevistada 1 reconhece a importância da adoção da Lei de Notificação Compulsória. A entrevistada avalia a importância dessa Lei como “Um avanço, [pois] compromete o profissional da saúde [a notificar os casos de violência]”, (ENTREVISTADA 1, 2012), e também porque contribui para “[...] garantir a tempo o atendimento das mulheres e

fazer com elas tenham parte de seus direitos assegurados no atendimento, no acompanhamento e na punição [do agressor]” (ENTREVISTADA 1, 2012). Diante disso, a entrevistada aponta também a importância da integração entre os diversos setores com vistas a formar uma rede bem articulada, oferecendo um sistema de proteção às mulheres vítimas de violência.

4.3.1 - A atuação do profissional de saúde como possibilidade e como limite à Notificação Compulsória da Violência contra Mulheres

Durante a realização da pesquisa de campo, foi possível observar inúmeros desafios postos ao processo de implantação da Ficha de Notificação Compulsória. Alguns desses desafios serão aqui analisados. Entre eles, estão o interesse profissional, as condições de trabalho na Saúde Pública e os seus impactos sobre a atuação profissional e sobre a ação multidisciplinar.

O NUPREV tem a responsabilidade de realizar a capacitação dos profissionais para a notificação. No entanto, quando convocados, segundo Violeta, somente comparecem os supervisores, os enfermeiros e os técnicos em enfermagem das unidades de atendimento. Quanto aos médicos, estes não comparecem às capacitações. Alguns alegam falta de tempo e sobrecarga de trabalho.

A Política Nacional de Humanização (PNH) considera que o processo de humanização da saúde no Brasil passa por “[...] agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano” (BRASIL, 2003, p. 2). Entende que o atendimento ao usuário deve se dar de forma acolhedora. Em relação aos profissionais, a PNH compreende que o processo de humanização passa pela “[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (BRASIL, 2003, p. 5). No entanto, discutir humanização de relações de trabalho e de atendimento dentro da saúde brasileira apresenta-se cada vez mais contraditório, já que o setor se encontra num emaranhado de problemas postos pela dinâmica neoliberal e pela transformação da saúde, nas sociedades capitalistas, em mercadoria. A

escassez de infraestrutura, os salários baixos e as disparidades salariais entre profissionais de saúde, a responsabilização do trabalhador e a sobrecarga de trabalho acarretam implicações diretas sobre o trabalho em saúde. Tais acontecimentos incidem sobre a saúde do trabalhador e sobre qualidade do trabalho que é prestado tanto na saúde pública quanto na privada.

No Brasil, o trabalho do profissional de saúde apresenta-se cada vez mais precarizado, influenciando a qualidade do atendimento e o cuidado com a saúde dos brasileiros. Estudos mostram essa realidade:

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Essa questão compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS. (BRASIL, 2006, p. 12)

Segundo Castro e Oliveira (2011, p. 28), “Com a solidificação do neoliberalismo no Brasil, a proposta de saúde construída na década de 1980 com o movimento de Reforma Sanitária sofreu grandes ataques”. As políticas de saúde sofreram grandes contenções de gastos e “[...] se voltaram para a sua regulação mercantil. A universalização do acesso à saúde é atacada, pois era vista como uma das causas da elevação do déficit público.” (CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p. 28)

Uma das manifestações da falta de investimento público na saúde é a falta de profissionais, levando a ocorrer uma sobrecarga sobre as equipes de saúde que atuam, em especial, no sistema público. Uma das consequências é o desgaste físico e emocional daqueles que cuidam de pessoas doentes. Afirma Macedo (2007, p. 34):

O grau de satisfação com que um profissional realiza suas atividades diariamente e a maneira como lida com as vicissitudes do seu trabalho, são elementos importantes na avaliação que ele faz da sua qualidade de vida.

No entanto, as condições de trabalho do profissional de saúde e o processo de trabalho no qual está inserido são determinados por fatores que fogem a sua alçada, na grande maioria das vezes. Utilizando de Schraiber e Machado, Castro e Oliveira (2011, p. 27) afirmam que

[...] o trabalho em saúde é resultante da dinâmica da macroestrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre os conhecimentos, instrumentos e o trabalhador [...].

Além do mais, a relação saúde-doença tem se dado de forma cada vez mais complexa, sendo o processo de adoecimento marcado por variadas causas e manifestações, o que exige, além do conhecimento especializado, a compreensão por parte dos profissionais do contexto socioeconômico e ambiental em que o seu paciente está inserido, em especial quando se trata de usuários do SUS. Nesse sentido, a articulação de saberes e o nível de entrosamento e de diálogo entre os diferentes profissionais têm sido postos como importantes ao atendimento qualificado. No entanto, observam Fortuna et al. (apud OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011, p. 540) que a “[...] organização coletiva do trabalho institucionalizada promove relações de desejos, interesses e conflitos decorrentes. Em ambas as perspectivas, existem pessoas que ‘podem mais’ e as que ‘podem menos’.”

As relações de poder presentes no ambiente de trabalho, particularmente na Saúde, estão intimamente relacionadas à compreensão de que há competências fundamentais, e outras, não; de que algumas delas exigem conhecimentos especializados, e outras, não; de que umas são atividades desenvolvidas por pessoas que têm *status* social, e outras, por trabalhadores comuns. Essas questões se referem, segundo Oliveira, Moretti-Pires e Parente, (2011), a poderes e *status* de cada corporação de trabalho.

Analisando as questões acima, pontuam Fortuna et al. (apud OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011, p. 540): “Trabalhar em equipe requer rever poderes, desocultar os poderes, olhar se sua disputa não está incoerente com a direcionalidade do trabalho [...]”. As relações de poder postas geram conflitos, podendo, de acordo com Macedo (2007, p. 34), “[...] produzir desgaste e alienação nos processos de trabalho, bem como problemas de comunicação e relacionamento, que acabam tendo como depositários, os usuários dos serviços de saúde”. Também podem criar indisponibilidades para o desenvolvimento de novas ações, preocupações presentes nos discursos de parte dos entrevistados.

As desigualdades postas no interior das equipes de saúde revelam-se, em Cariacica, um limite para o processo de notificação da violência contra as mulheres. No que se refere, em particular, ao profissional de medicina, a entrevistada Orquídea relata que a ausência do médico nos espaços onde ocorre a capacitação revela certo nível de indisponibilidade desse profissional. No mais, é possível perceber, segundo ela, a sua resistência ao notificar os casos que chegam até o setor Saúde.

A gente sente muita resistência com o profissional médico. Notificação, eles não gostam de fazer. Não é só de violência, não, qualquer agravo [...] Agora, o adequado seria todo mundo preencher a Ficha de Notificação, porque ela tem que ser preenchida por quem está prestando o atendimento. (ORQUÍDEA, 2012)

Na visão da entrevistada Rosa, a falta de conhecimento sobre o tema abordado, a não qualificação dos profissionais, a falta de compreensão do fenômeno da violência e também a pouca quantidade de profissionais diante da grande quantidade de pacientes podem acarretar a não notificação dos casos de violência. Para a entrevistada, a Ficha de Notificação é um questionário grande, que demanda tempo para o seu preenchimento tanto pela vítima quanto pelo profissional; por isso, a necessidade de ambos estarem convencidos da importância da notificação (ROSA, 2012). Para Violeta, esta também é uma preocupação, ao dizer que

[...] a partir do momento em que o setor entende que ele é uma peça importante na Rede, ele vai notificar. Se, para ele, ele acha que não tem importância nenhuma, ele não vai notificar, para ele vai passar batido. Essa é a grande dificuldade, muita falta de comprometimento dos setores envolvidos na Rede. (VIOLETA, 2012)

Para ela, sensibilizar os profissionais que fazem o atendimento constitui um elemento-chave para que os casos de violência sejam percebidos, notificados, e acompanhados: “Quando você faz uma capacitação e que você sensibiliza, você já percebe que algumas pessoas já saem de lá com outra visão” (VIOLETA, 2012). Para ela, é preciso que os profissionais saibam da importância da notificação e dos prejuízos causados pela violência à saúde da mulher, para que, assim, eles possam sentir-se comprometidos com a problemática e, sobretudo com a vítima. Concordando com essa questão, Vieira et al. (2009, p. 568), afirmam que, “Pelo recente reconhecimento do *status* da violência de gênero como um problema de saúde, se observa urgente necessidade de capacitar os profissionais de saúde, que devem estar aptos para reconhecer e manejar os casos de violência.”

Outro fator que pode desencadear a não notificação se dá pelo fato de os profissionais desconhecerem alguns sintomas apresentados pelas vítimas de violência, principalmente quando estas não apresentam sinais visíveis, como cortes e/ou hematomas pelo corpo. Nesse sentido, a entrevistada 2 afirma que, na área da saúde, é difícil os profissionais perceberem que alguma doença está sendo provocada em razão da violência. Relata ela: “[muitos profissionais] não são preparados pra fazer isso; com tantos atendimentos que eles têm, eu acredito que eles não estão preparados para isso. Nem lembram, nem procuram saber qual foi o motivo.” (ENTREVISTADA 2, 2012)

É por meio de um olhar mais atento que o profissional tende a perceber, muitas vezes, a vítima de violência. Para D'Oliveira et al. (2009, p. 1039), “Desvelar a violência no interior dos serviços de saúde é, portanto, fundamental para que a situação possa ser compreendida em seu todo médico e social [resultando na adoção de] práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral”. Na maioria das vezes, a mulher tem medo ou vergonha de falar sobre a violência vivida e o profissional exerce um papel importante, porque, se consegue identificar a vítima, ele pode inseri-la numa rede mais ampla de assistência. Sobre isso, repercute Violeta:

[...] se um profissional está capacitado e ele perceber que aquela mulher está fragilizada e tentar procurar contornar a situação, ele vai conseguir tirar informação dessa vítima. E é isso que a gente quer na verdade, que o profissional, enfermeiro, médico, que ele tenha esse olhar também, não só um olhar clínico, mas um olhar mais sensibilizado para com essa vítima. (VIOLETA, 2012)

Para a entrevistada 1, mesmo que a mulher não relate a situação de violência vivida, apesar de difícil, é possível perceber: “Você consegue observar quando é um acidente e quando é pela violência. Se o profissional estiver sensibilizado... Pelo olhar a gente consegue observar” (ENTREVISTADA 1, 2012). É preciso que o profissional tenha um olhar atento aos sintomas apresentados pelos pacientes para diagnosticar a violência quando não relatada. Por isso, para a Entrevistada W, “Quando a mulher entrou na unidade de saúde, o profissional tem que investigar” (ENTREVISTADA W, 2012). Reitera a entrevistada 1, que é professora da rede pública de educação:

[...] com a técnica, com o jeito de o profissional lidar com a situação [...]. Eu digo isso porque eu consigo fazer pela educação, entender qual é a situação daquela pessoa vítima de violência [...]. É possível o profissional conhecer, diagnosticar sim, pelo menos o diagnóstico inicial. (ENTREVISTADA 1, 2012)

Na pesquisa acadêmica *As Implicações da Violência Doméstica na Saúde da Mulher*, por meio de uma entrevista com uma vítima de violência doméstica, pode-se perceber que há casos em que a paciente, mesmo quando questionada pelo profissional, não relata a violência vivida (OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010).

Aí, o médico me perguntou o que eu estava sentindo. Só de falar, eles já sabiam que era um problema interno devido a alguma coisa que eu estava passando, só que eu não contava tudo. Eu falava que estava me aborrecendo muito, que tinha muita confusão dentro de casa, aí ele passou o remédio e disse que, enquanto eu estivesse vivendo nesse meio, nenhum remédio iria fazer efeito direito. Dizia que eu tinha que procurar relaxar, tomar o remédio, ficar tranquila, evitar de ter problema, porque se eu tomar o remédio e ficar brigando, discutindo, o remédio vai fazer efeito totalmente ao contrário e que eu ia ficar mais nervosa ainda. A tendência era viciar,

é tomar um mais controlado, mais forte e que não ia ser bom pra mim. (MARIA, apud OLIVEIRA; ZAMPROGNO, 2010, p. 87)

Devido aos sintomas relatados pela vítima muitos profissionais não estão devidamente preparados e capacitados para compreender o que pode estar por trás dos sintomas apresentados pelo paciente, uma vez que parte das vítimas tem vergonha de falar sobre a violência vivida. Isso ocorre por diversos motivos: a não abordagem do tema violência na formação profissional, a falta de capacitação dos profissionais em serviços, o não comprometimento profissional e a falta de tempo para consultas mais longas e humanizadas. Esta última pode levar a vítima a desistir da busca pelos serviços por não se sentir bem acolhida. É importante que a vítima se sinta acolhida pelos serviços já no primeiro atendimento, porque isso poderá estimulá-la a dar prosseguimento à denúncia e a romper com o ciclo de violência; caso contrário, ela poderá se sentir insegura e desprotegida, e não retornar mais. Violeta relata:

A mulher, às vezes, está fragilizada, está com vontade de falar, mas o profissional não passa segurança para ela se abrir e contar. Tem profissional que tem essa sensibilidade, aí, quando vai ver ela [a vítima] já está contando o que aconteceu, mas tem profissional que não dá essa oportunidade para a mulher falar, então ela se torna omissa. (VIOLETA, 2012)

O silenciamento e a desistência da vítima em continuar procurando pelos serviços diante de um mau atendimento é uma das questões que têm sido abordadas por estudos científicos. Evan Stark e Anne Filtcraft (apud SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999), em 1996, realizaram estudos com mulheres vítimas de violência física e sexual e constaram que elas são assíduas frequentadoras dos serviços de saúde; porém, a sua frequência nesses serviços não se traduz na quantidade de registros realizados pelos profissionais de saúde, o que revela uma negligência histórica da saúde com as mulheres vítimas de violência. Afirmam Schraiber e D'Oliveira, (1999, p. 18):

Por outro lado, os profissionais de saúde não identificam ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento. Stark&Flitcraft (1996) encontraram 2,8% de casos de violência doméstica identificados pelos médicos em uma consulta em serviço de emergência, enquanto o estudo mais detalhado de todo o prontuário mostrou que 9,6% destas mulheres tinham sido agredidas fisicamente e 15,4% delas tinham histórias de lesões prováveis ou sugestivas de violência doméstica.

Em 1999, Schraiber e D'Oliveira publicaram um artigo intitulado *Violência contra mulheres: interfaces com a saúde*, no qual as autoras trazem dados sobre um outro estudo realizado

junto a Unidades Básicas de Saúde, na cidade de São Paulo. Segundo elas, uma investigação em uma das Unidades Básicas de Saúde do município revelou que mais da metade das vítimas, ou seja, 57% das usuárias atendidas, fizeram referência a algum episódio de violência física; porém, somente 10% dos casos foram registrados em prontuários (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999), revelando que, mesmo fazendo as vítimas referência à violência vivida, os profissionais de saúde dão pouca importância ao fato.

Mostrando a importância da abordagem correta da vítima pelo profissional de saúde, outro estudo realizado, em 2005, por Gomes, Minayo e Silva (apud GAWRYSZEWSKI et al., 2007), com mulheres em 187 municípios distribuídos por 24 Estados brasileiros, revelou que 19% delas revelaram espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência. Porém, esse percentual subiu para 43% quando a resposta foi estimulada pelo entrevistador.

Observam Gawryszewski et al. (2007, p. 1271) que “As razões para [a vítima] não registrar queixa vão desde a vergonha, temor pela falta de compreensão, culpa e até o medo de vinganças por parte do agressor”. Daí a necessidade de se estabelecer um ambiente confiável, onde a mulher deva ser estimulada a falar sobre a sua experiência de violência.

Uma investigação conduzida por Oliveira et al. (2005) com o objetivo de avaliar o funcionamento de serviços públicos de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual expõe como a falta de informação e o mau atendimento por parte do profissional podem revitimizar a mulher vítima de violência. Relatam Oliveira et al. (2005, p. 380):

Uma paciente entrevistada revela uma história de peregrinações por diferentes serviços de saúde (pronto-socorro, posto de saúde) e serviços policiais e judiciais (delegacia, fórum) em busca de atendimento. Isso acarretou na perda da condição legal para interromper a gestação em razão do tempo decorrido.

Profissionais alegam que a abordagem inadequada do problema tem origem na sua formação acadêmica.¹⁵ Em estudos realizados com profissionais de saúde, eles relatam:

¹⁵Além da formação acadêmica, há outras interferências possíveis na prática profissional, a exemplo do fato ocorrido em Pernambuco, envolvendo uma criança de nove anos vítima de abuso sexual do padrasto, a qual ficou grávida de gêmeos. A criança foi internada numa maternidade de Olinda e, a pedido da família, que tinha respaldo legal, solicitou o aborto. Tal fato resultou na excomunhão de toda a equipe médica que atuou no caso e dos familiares, à exceção do estupro, feita pelo arcebispo de Olinda e Recife, em março de 2009. Esse tipo de acontecimento revela que as representações sociais e as instituições, particularmente a Igreja e a Mídia, estabelecem níveis de influência importantes, determinando posturas individuais e institucionais. (FREITAS, 2009)

[...] a falta de orientação durante a graduação para lidar com o tema, provocando situações emblemáticas de angústia em face da temática da violência sexual. Tal fato acaba também por desencadear pressões contrárias e resistências por parte de outros profissionais quanto à questão do aborto legal. (OLIVEIRA et al., 2005, p. 381)

Se o profissional tiver um interesse específico sobre o assunto, ele terá que buscar um curso de especialização para isso. Essa questão pode ser constatada durante a entrevista junto aos profissionais do P.A de Itacibá sobre a relação violência e saúde. Somente o assistente social teve esse tema abordado durante a especialização, porém este relata que era uma matéria optativa. Já os profissionais de enfermagem e medicina relatam não ter tido matéria alguma que abordasse essas questões durante o período da sua formação: “Não, eu não tive nenhuma matéria que abordasse esse assunto na faculdade.” (ENTREVISTADA 10, 2012)

Em relação à atuação do assistente social na equipe de saúde, a maioria dos entrevistados ressalta que é o profissional que apresenta maior facilidade e paciência para lidar com a questão da notificação da violência. De acordo com Orquídea, “O assistente social quer indicar qual o melhor caminho para essa pessoa ser cuidada, então o assistente social está mais atento para essas questões” (ORQUÍDEA, 2012). Nesse sentido, Lisboa (2005, p. 2) aposta que “A interlocução do Serviço Social com esta questão se faz necessária, uma vez que a violência de gênero é um fenômeno social, esta deve ser enfrentada através de um conjunto de estratégias políticas e de intervenção social direta.”

Outro fator registrado pelos profissionais que se constitui, na visão deles, um obstáculo para a realização da notificação refere-se à falta de tempo para realizar a notificação. Eles relatam que a dinâmica de serviço é muito corrida e o volume de trabalho é muito grande. Dizem ainda que a Ficha de Notificação é um questionário amplo e demorado. De acordo com a entrevistada Rosa, “A Ficha de Notificação é um questionário grande, a gente já tem um monte atendimento para fazer, relatórios para fazer e ainda tem que notificar.” (ROSA, 2012)

Para a entrevistada Orquídea, atribuir a falta de tempo como motivo para não notificar os casos de violência é omitir um agravo que deve ser notificado. “Eu penso que todo profissional na rede é muito ocupado e ninguém tem tempo, só que não é preencher papel, você está sinalizando um agravo que precisa ser acompanhado.” (ORQUÍDEA, 2012)

Outro elemento apontado pelos entrevistados que dificulta a notificação tem a ver com a alta rotatividade de profissionais na rede municipal de saúde. O que acontece? Muitos profissionais capacitados são trabalhadores temporários; há também casos, em menor quantidade, de concursados. Quando estes têm novas oportunidades profissionais, seja por aprovação em concurso público, por questões geográficas (tempo de deslocamento gasto para o trabalho) de condições de trabalho, de carga horária, seja por questões salariais, acabam saindo do serviço, deixando o município desprovido. Os novos que irão assumir os seus lugares terão que passar pelo mesmo processo de capacitação. Por isso, de acordo com a entrevistada Violeta, quando a Vigilância Epidemiológica percebe que haverá troca de profissionais, começa um novo planejamento para que novos sejam treinados, capacitados e sensibilizados quanto ao tema em questão. Porém, o que se observa é que o município não consegue dinamizar a capacitação no mesmo ritmo com que acontecem as substituições, levando ao comprometimento da notificação.

Além da rotatividade dos profissionais, há também a falta de recursos humanos dentro dos equipamentos que compõem a rede, como já citado anteriormente, tornando-se um fator crucial para que muitos profissionais não participem das capacitações, o que, para as entrevistadas Violeta e Orquídea, se configura como uma das dificuldades. Constata-se que, mesmo havendo um esforço por parte de setores da Prefeitura para que os casos de violência contra a mulher sejam notificados, as condições objetivas postas pelo órgão, a exemplo do número de profissionais aquém do necessário, dificultam a viabilização dessa notificação.

Para os entrevistados dos Conselhos Municipais, é de extrema importância que os profissionais de saúde tenham uma capacitação continuada, que sejam abordadas questões acerca dos agravos ocasionados na saúde pela violência, bem como que seja realizada a notificação desses casos para prevenir e diminuir a violência contra a mulher. É o que destaca a entrevistada 1:

Primeiramente a formação em serviço dos profissionais da área da saúde [...], permanente, continuada mesmo, com estudos de casos, mapeamento, [...], e fazer um diagnóstico apontando os caminhos. Esse é um caminho [...]. E aí os outros serviços agirem também assim vai ter a política integrada. (ENTREVISTADA 1, 2012)

Outro desafio apontado diz respeito à segurança dos profissionais que fazem o atendimento na ponta do serviço. A insegurança se revela nos Prontos-Atendimentos e dificulta visitas

domiciliares; por isso, no caso do NUPREV, o contato com a vítima é feito por telefone. A ida do profissional até a casa da vítima, além de expor o profissional, expõe também a vítima, uma vez que o assunto é delicado, pois, na maioria das vezes, o agressor é o próprio companheiro da vítima e encontra-se no domicílio, o que pode ocasionar maiores riscos para a vítima. O relato da entrevistada Orquídea revela claramente esse problema:

[...] muitas vezes, a gente faz essa busca por telefone, mas é uma conversa muito delicada uma conversa que você tem que ter pessoalmente, e a gente não tem recurso para esse tipo de abordagem. Na maioria das vezes, a residência... O acesso a essa vítima é muito difícil e acaba expondo o profissional... É perigoso até para a própria vítima. Então, esses problemas são diários. (ORQUÍDEA, 2012)

Uma pesquisa realizada em 2006 com 39 profissionais de nove Unidades Básicas de Saúde de Maringá, no Paraná, revelou que os profissionais do Programa de Saúde da Família enfrentam algumas dificuldades para o acesso aos usuários dos serviços de saúde. Entre as dificuldades enfrentadas, o pouco tempo e o acesso para as visitas se tornam empecilhos para se chegar até o usuário. De acordo com os resultados da pesquisa, “Uma delas [das dificuldades], bastante citada entre os profissionais, refere-se à falta de tempo e à dificuldade para o deslocamento da unidade até a área de abrangência.” (LOPES, MARCON, 2012, p. 90)

Profissionais revelam que têm medo de fazer a notificação e depois serem descobertos pelos agressores. Em Curiacica, de acordo com os dados cedidos pela Gerência de Direitos da Mulher, a maior parte dos casos denunciados se dá em bairros de periferia do município, onde ocorre a ação de grupos ligados ao tráfico drogas. Isso quer dizer que agressores podem estar ligados à ação criminosa, tornando a realidade da mulher vítima ainda mais complexa quando se trata de sair da situação de violência, o que acaba respingando sobre os serviços e profissionais que lhe prestam assistência, podendo acarretar a omissão profissional diante do problema da vítima. Nesse sentido, acredita-se que, quanto mais o profissional compreender as causas da violência contra mulher e os seus desdobramentos nas políticas públicas, maior será a possibilidade de ele superar as barreiras postas no seu cotidiano profissional. Por isso, para a entrevistada Margarida, as capacitações não podem ser pontuais, elas precisam ser diárias. Sobre essa questão, relata ela:

[...] O profissional... Às vezes ele fica muito receoso. Eles acham que a notificação é uma forma de envolvimento com o agressor, com a polícia, e o nosso maior desafio está em dizer pra ele que a notificação é um instrumento da Vigilância Epidemiológica, mas que, de uma certa forma, ela propicia o município a entender

que tem pessoas que estão numa situação de vulnerabilidade com relação à violência e que é preciso que eles conheçam pra poder intervir [...]. (MARGARIDA, 2012)

No caso da Notificação Compulsória, o profissional de saúde constitui o sujeito, se não o mais importante, mas um dos mais importantes, porque, se ele negligencia a notificação, isso afetará os resultados obtidos e os encaminhamentos realizados. Dito isso, outras questões estão sobrepostas: é necessário que, além do compromisso ético-profissional, o profissional compreenda o fenômeno na sua amplitude, o que o ajudará a não fazer julgamento de valores ou a responsabilizar a vítima pela experiência vivida. Sobre essa responsabilização, escreve Pinheiro: “[...] esta [a mulher vítima], além ter sofrido agressão sexual, é considerada de certo modo culpada pela violência que sofreu, como se dissesse ‘estou vestida dessa forma porque quero ser estuprada’” (PINHEIRO, 2012, p. 4). Tal atitude se configura como mais um tipo de violência contra a mulher, a violência institucional, contribuindo ainda mais para o seu sofrimento.

De acordo com Cecílio e Merhy, citado por Guedes e Castro (2009), a constituição de uma relação entre atos, procedimentos, fluxos, saberes, hierarquias, papéis, representações sociais, condições e processos de trabalho vão determinando a atenção à saúde. Afirmam Guedes e Castro (2009, p.5): “A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.”

Para finalizar, Margarida acredita que o compromisso profissional se revela um grande aliado à superação dos limites postos ao cotidiano da prática profissional:

[...] tem limitação, tem falta de material, tem falta de espaço físico? Tem, todo serviço público tem, mas para fazer esse tipo de atendimento acontecer, para que a mulher entre e seja atendida integralmente, [para tanto] precisa de dedicação dos profissionais, precisa desses profissionais estarem sensibilizados e comprometidos com essa causa [...]. (MARGARIDA, 2012)

4.3.2 – Desafios em relação aos serviços da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência

As entrevistadas Margarida, Violeta e Rosa apontam dificuldades em relação ao funcionamento de alguns serviços que compõem a Rede, o que dificulta o rastreamento da violência contra mulheres no município.

Uma questão já abordada neste estudo é o fato de as Unidades Básicas de Saúde não fazerem a notificação da violência. A entrevistada 2, ao referir-se ao acompanhamento das vítimas de violência, relata que “Seria interessante esse trabalho na unidade de saúde, para que pudessem ser acompanhadas” (ENTREVISTADA 2, 2012). No caso dos atendimentos de urgência, torna-se difícil esse acompanhamento, devido à grande demanda de atendimentos existente nos PA’s e à ocorrência de relações mais pontuais entre profissionais e pacientes. Defendendo a mesma ideia de que o acompanhamento das vítimas deva se dar por meio da atenção primária, a entrevistada Jasmim diz que, muitas vezes, a mulher se cala diante de uma situação de violência; por isso, a possibilidade de a ESF detectar o caso por meio da ação dos agentes de saúde é maior (JASMIM, 2012). Quando não ocorre esse tipo de rastreamento nos locais de moradia da vítima, a tendência é não se quebrar o ciclo de agressões, e a família seguirá sendo o espaço primeiro de reprodução da violência.

É unânime entre os entrevistados a necessidade de um atendimento mais complexo, com um retorno da vítima e o acompanhamento nos serviços de atenção primária. Quanto a esse aspecto, ressaltam eles que seria interessante que as unidades de saúde estivessem mais próximas da comunidade, para que pudessem conhecer melhor suas reais necessidades. Porém, a entrevistada 1 diz que “Não há uma política integrada, a unidade de saúde não é próxima da comunidade pra conhecer a realidade.” (ENTREVISTADA 1, 2012)

Observa também a entrevistada 1 que o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) no município de Cariacica não tem funcionado a contento, uma vez que a mulher ainda é vista por quem executa esse programa somente como mãe e cuidadora. Segundo ela, as ações são fragmentadas, “[...] são focados mais na questão da maternidade, e a questão da saúde da mulher vítima de violência está dentro desse programa, mas não tem funcionado.” (ENTREVISTADA 1, 2012)

Expressando certa controvérsia acerca das políticas existentes no município, os integrantes do Conselho Municipal de Saúde foram unânimes em afirmar que as ações em saúde da mulher em situação de violência estão sendo garantidas pelo município: “Pelo menos as questões da saúde sim, a mulher está se sentindo mais segura.” (ENTREVISTADA W, 2012)

Outro ponto abordado pelas integrantes do Conselho Municipal da Mulher no município é a dificuldade de as mulheres terem acesso às consultas e aos exames, mesmo na atenção primária. Afirma uma das entrevistadas: “Você vai fazer um preventivo, demora tanto tempo pra você conseguir marcar, pra você conseguir um resultado, ou quando vem o resultado já passou [a data da consulta], e você vai marcar pra mostrar ao médico, você não consegue.” (ENTREVISTADA 2, 2012)

Além da não participação das UBS na Rede de Atenção, outros problemas se apresentam no município. A opinião da entrevistada (2012), por exemplo, é a de que “Se constituiu uma rede, mas ela ainda não funciona da forma como deveria”. Nessa mesma linha, manifesta-se a entrevistada Orquídea:

Falta melhorar a comunicação entre os setores, por exemplo; eu recebo muita Ficha de Notificação de violência, recebo do P.A e da Gerência de Direitos da Mulher, mas a Delegacia não notifica. Então, a gente não fica sabendo dos casos que chegam lá. Os casos de homicídios só chegam lá, [...]. É um setor muito fechado, a gente não tem muito acesso às informações ali dentro. A gente ainda não conseguiu criar um canal aberto [e direito] onde a gente conseguisse se comunicar melhor. (ORQUÍDEA, 2012)

De acordo com relatos da entrevistada Rosa, falta comunicação entre alguns equipamentos da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência do município, a exemplo do que ocorre com a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Rosa ressalta que a DEAM encaminha os casos atendidos de violência contra a mulher para a GEDIM, mas a DEAM não faz a Notificação Compulsória desses casos, ficando a cargo somente da Gerência da Mulher realizar a notificação compulsória. Porém, a DEAM realiza o Boletim de Ocorrência (BO), mas, nesse caso, o registro do BO não entra nos registros da saúde como um agravo à saúde. No entanto, o fato de a DEAM encaminhar as vítimas de violência para a GEDIM não garante que estas irão chegar até esse serviço, o que pode acarretar a não notificação da violência. Por isso, Para Rosa, há a necessidade de se fazer a notificação na hora do atendimento em qualquer equipamento da Rede, porque, dessa forma, se terá uma radiografia mais precisa da violência contra mulheres em Cariacica.

Conforme relatos de Orquídea, é difícil conseguir o retorno das informações das vítimas de violência que passam pela Delegacia da Mulher de Cariacica. Segundo ela, quando a Secretaria Municipal de Saúde precisa de um laudo do Instituto Médico Legal (IML), no caso de violência sexual, há certa dificuldade em consegui-lo, para que o caso possa ser encerrado. A entrevistada atribui a falta de comunicação por parte da Delegacia ao fato de que a DEAM tem como foco principal a segurança da vítima e a responsabilização do agressor, diferentemente do que acontece na saúde, que tem como um dos seus principais objetivos cuidar da vítima e fazer com que ela saia do ciclo de violência.

Observam-se descontentamentos por parte de atores da Rede em relação ao trabalho desenvolvido pela DEAM. É o que depreende das considerações de Orquídea:

A gente vivencia esse problema e a gente trabalha com esse problema, o enfoque do serviço deles é outro, eles não estão preocupados em proteger a vítima; eles querem pegar o agressor. No caso da Delegacia, o foco deles é outro [...], a demanda deles também é muito grande então acaba que essas novas questões que são muito importantes, não têm tanto peso dentro do volume de atribuições da Delegacia. Eu penso que as prioridades lá são outras. (ORQUÍDEA, 2012)

Na visão da entrevistada, as condições precárias de funcionamento de alguns equipamentos fragilizam a atuação em rede. Por esse relato, percebe-se que há pouca integração dos serviços da DEAM com outros equipamentos da Rede, bem como que é precário o atendimento dispensado pela DEAM às mulheres vítimas de violência.

Em relação, especificamente, à DEAM, não é raro ouvir dos entrevistados relatos sobre a qualidade do atendimento dado às vítimas. A entrevistada Orquídea, por exemplo, ao se referir à DEAM, afirma: “Eles fazem o atendimento deles lá, que, apesar de ser Delegacia da Mulher, a gente questiona muito se é um atendimento digno para mulher. [O atendimento] tem que ser diferenciado, e a gente não percebe essa diferenciação [...]”. (ORQUÍDEA, 2012)

O mau funcionamento da DEAM também é objeto de reflexão da sociedade civil. É o que se observa nos relatos da entrevistada 1:

A delegacia de Cariacica é uma delegacia precária, pode até ter funcionário, mas o funcionário não tem a sensibilidade, a preparação para atender. Funciona de segunda a sexta. [...] Não é um local acolhedor, não é um ambiente que vai trazer segurança para a situação de insegurança que as mulheres estão passando. [...] então isso tira o estímulo das mulheres, elas vão até a Delegacia, mas continuar com o processo muitas vezes elas não continuam. (ENTREVISTADA 1, 2012)

Para elas, a precariedade do atendimento na DEAM de Cariacica, relatada acima, se dá por falta de uma equipe qualificada e um local propício no qual a mulher possa sentir-se acolhida e protegida. A mulher procura os serviços da DEAM em um momento em que se encontra fragilizada e muitas vezes envergonhada pela situação de violência que vivencia. No entanto, em vez de um atendimento acolhedor, é comum ouvir relatos de mulheres que receberam um atendimento preconceituoso na DEAM. Além disso, o funcionamento da Delegacia da Mulher de Cariacica é em horário comercial, e o maior número de violências é registrado nos finais de semana e à noite. Por isso, muitas procuram os DPJs, que não estão preparados para receber vítimas de violência doméstica.

Além dos problemas que envolvem a atuação da DEAM de Cariacica, a entrevistada Rosa lembra que os outros equipamentos da Rede enfrentam outros tipos de dificuldades:

Aqui [na GEDIM], a gente precisa estruturar algumas coisas [...] a gente precisa de uma acolhida. Uma Delegacia equipada que funcione vinte e quatro horas, que tenha dois escrivães, que tenha dois investigadores, enfim, é isso, é o que está baseado na Política Nacional. A gente precisa de um Centro de Referência com um espaço adequado, equipe multidisciplinar, com salas amplas, com carro que atenda as mulheres vítimas de violência, oferecer transporte. A gente precisa da polícia sensibilizada para que quando a mulher acione esse policial, ele dê crédito a essa mulher e vá até a casa dela fazer a abordagem [...], é só os serviços funcionarem como deveria ser, como a Lei Maria da Penha já descreveu [...]. (ROSA, 2012)

Quanto aos aspectos descritos acima, ainda não existe um Centro de Referência no município de Cariacica, segundo Rosa, por falta de recursos financeiros; por isso, a GEDIM tem cumprido o papel que deveria ser de um Centro de Referência, a exemplo do que acontece nos municípios de Vitória e Serra. De acordo com Rosa, faltam recursos financeiros e equipamentos adequados para a equipe da GEDIM trabalhar, bem como recursos humanos. Para ela, isso acontece porque não há o devido reconhecimento político-institucional da importância do trabalho de enfrentamento da violência contra a mulher:

[...] a gente ainda precisa de psicólogo e assessor jurídico para fazer orientação para as mulheres. Muitas vezes o reconhecimento da própria prefeitura, o reconhecimento de que aquilo é importante, aquilo é fundamental [...]. Esse reconhecimento digamos político tem impactos na questão financeira, então eu não vou destinar um recurso financeiro maior, porque a prioridade maior é a educação [...]. (ROSA, 2012)

Lembra Rosa que, apesar da existência da Lei, não foi baixada nenhuma portaria municipal que trata, por exemplo, dos investimentos orçamentários necessários ao processo de

implantação da Ficha de Notificação Compulsória. Quanto aos recursos financeiros, recorda Violeta:

Geralmente os recursos vêm através de Portarias onde é cadastrado um projeto e avaliado pelo Governo Federal e após a avaliação é gerada uma nova portaria onde ele consente esse recurso. Em 2009 a gente teve um recurso de R\$ 45.000.00, 2010 foi R\$ 35. 000.00, e em 2011 tivemos um recurso na faixa de R\$ 35. 000.00 a R\$ 45. 000.00. (VIOLETA, 2012)

Outra dificuldade resultante da falta de recursos diz respeito ao acompanhamento das vítimas. A visita domiciliar não acontece, em alguns casos, pela insegurança profissional – questão já abordada neste trabalho – e, na maioria das vezes, por falta de transporte disponível. Apesar de ser uma conversa muito delicada, o que deveria acontecer pessoalmente, isso na maioria das vezes não é possível, já que muitas vítimas se encontram em locais de difícil acesso e faltam veículos para a locomoção dos técnicos até a residência da vítima.

Além das dificuldades já citadas, outro fator de suma importância está relacionado ao sistema de informação, que, de acordo com a entrevistada Orquídea, precisa ser aperfeiçoado, em especial, no que se refere à notificação dos homicídios de mulheres que ocorrem no município. Afirma a entrevistada:

É difícil a gente conseguir mapear, identificar as causas de cada homicídio [...]. Na nossa base de dados, a gente não consegue distinguir o que é violência doméstica, no caso dos homicídios, o que é aquele homicídio cometido pelo companheiro da vítima e o que é por causa do tráfico. Então, enquanto a gente não souber os números de cada caso de óbito, da agressão, acho que vai ficar difícil atribuir essa responsabilidade a alguma causa. (ORQUÍDEA, 2012)

Conforme relatos de Orquídea, na base de dados do Ministério da Saúde os homicídios são registrados; entretanto, não aparece que tipo de relação existia entre o homicida e a vítima, impedindo identificar se o homicídio é resultante da violência doméstica. Os órgãos que possuem esses dados, segundo Margarida, são a Delegacia de Homicídio de Mulheres, a Justiça e a DEAM, isso se o assassino não for desconhecido. Tais dados, porém, não são repassados para os municípios. A falta de informações impede a produção de um diagnóstico mais preciso da realidade e dificulta a elaboração de novas políticas públicas para o enfrentamento do problema. De acordo com Violeta, os dados de homicídios podem ser encontrados no *site* do Centro Integrado de Operações de Defesa Social (CIODES); no entanto, esses dados não são atualizados e estão incompletos:

Hoje, no nosso banco de dados, a gente anota os homicídios. Causas externas, a gente consegue filtrar por faixa etária, por sexo, mas a gente não consegue filtrar a causa [do homicídio] e a gente sabe que o homicídio do grupo de pessoas que está envolvido com o tráfico de drogas também é muito alto e acaba que o registro dos casos de mulheres envolvidas no tráfico que são mortas e aquelas assassinadas pelos companheiros acabam se misturando. Então, eu acho que a gente precisa melhorar o sistema de informação pra depois a gente dizer o porquê [do alto número de casos de violência]. A gente precisa entender o que está acontecendo, para imaginar, pensar na causa e depois planejar a ação. (ORQUÍDEA, 2012)

Percebe-se, aqui, a importância da publicização mais detalhada desses dados para que se possa intervir na problemática, permitindo, assim, trabalhar com os aspectos que estão diretamente ligados às causas dos óbitos e oferecendo maior suporte para a implementação de políticas públicas direcionadas ao enfrentamento das violências diversas, em particular, da violência contra a mulher.

Ainda no que tange ao registro e à publicização dos dados, mais especificamente das notificações realizadas no município de Cariacica, a entrevistada Orquídea relata não ter retorno das notificações realizadas e, dessa forma, diz Rosa: “A impressão que dá é que você notifica só para quantificar” (ROSA, 2012). Com isso, percebe-se certa desmotivação ao notificar e não receber o retorno desses casos. É um trabalho realizado que, muitas vezes, fica sem respostas; acaba-se não sabendo como o caso foi concluído e se o problema foi solucionado.

Essa situação descrita acima, além de não mostrar o resultado do trabalho realizado, é como se impossibilitasse uma avaliação dos serviços: saber se esses serviços estão funcionando de acordo com o proposto e se a forma como as mulheres são atendidas está contribuindo para que elas consigam sair da situação de violência. A não publicização desses dados, muitas vezes, pode desmotivar os profissionais, o que contribui para que alguns profissionais não deem a devida atenção ao processo de notificação, uma vez que não se tem o retorno do trabalho desenvolvido.

Sendo assim, a entrevistada Margarida sugere que esses dados sejam disponibilizados para que outros equipamentos e serviços da Rede possam acessá-los. Explica a entrevistada Rosa: “É por meio deles [dos dados] que a gente consegue trabalhar de forma qualitativa, a gente consegue produzir análise, a gente consegue produzir documentos.” (ROSA, 2012)

É fato que a elaboração de políticas públicas no Brasil está intimamente ligada à produção de dados, em particular, dados quantitativos. A ausência desses dados pode comprometer tanto a explicitação de uma realidade complexa quanto a elaboração e a aplicação de políticas fundamentais para o tratamento do problema em questão. Nesse sentido, a Ficha de Notificação Compulsória tem como uma de suas funções fundamentais a alimentação de um banco de dados na área da Saúde para que esta possa dar a sua contribuição tanto para a compreensão quanto para o enfrentamento do fenômeno no Brasil.

Preocupada com a forma de encaminhamento da ficha para o NUPREV, Rosa sugere que seja baixada uma portaria para constituir um fluxo para as fichas de notificação, bem como, para estabelecer a obrigatoriedade da publicização dos dados notificados, mesmo que seja somente no nível municipal, para que as informações coletadas por meio das notificações se tornem de conhecimento dos gestores e dos profissionais que atuam nos serviços que realizam a notificação. Para a entrevistada, isso só poderá ocorrer se a Rede existir de fato: “[...] se a Rede estiver articulada, a gente consegue trocar esses dados, essas informações” (ROSA, 2012). Essas informações são fundamentais tanto para que se possa traçar o perfil da mulher vítima e também do homem agressor; como para identificar os bairros de maior incidência de violência contra mulheres e identificar os serviços acionados pela vítima até a chegada do serviço que realizou a notificação. Dessa forma, além de ações no campo preventivo, poder-se-á direcionar melhor o trabalho a essa parcela da população, principalmente na implementação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres. Sobre o assunto, diz uma das entrevistadas:

Ajuda a gente pontuar essas regiões [regiões de maior índice de violência] e fazer esse trabalho de enfrentamento mesmo, de ir lá, fazer a divulgação nos bairros [...] fazer com que eles conheçam que a saúde também está envolvida nesse enfrentamento, passar o fluxo mesmo da rede [...]. Então, através dessa notificação, a gente tem como pontuar e fazer um trabalho específico dentro de um bairro ou de uma certa região. (VIOLETA, 2012)

Outro aspecto abordado pelas entrevistadas diz respeito ao acompanhamento realizado pelos órgãos de controle social à implantação da Ficha de Notificação. Apesar da importância da Lei de Notificação, a entrevistada Jasmim, participante do Conselho de saúde de Cariacica, em que representa os trabalhadores, relata que a Lei de Notificação não é um assunto presente nas discussões do conselho e conta que conhece a Lei e o fluxo de notificação porque já trabalhou no Programa de Saúde da Família (PSF), e acrescenta: “[...] mas isso porque eu era

da ponta, não porque no Conselho foi informado” (JASMIM, 2011). Já as entrevistadas 1 e 2, que integram o Conselho Municipal da Mulher, relatam que não conhecem muito bem a referida lei: “Sei que a Lei de Notificação tem que ser aplicada por um profissional da saúde e não necessariamente precisa ser um médico” (ENTREVISTADA 2, 2012). Contam que não tiveram nenhuma discussão a respeito da Lei nº 10.778/2006 nas suas entidades e no Conselho.

A entrevistada 1 atribui a falta de discussão à grande dificuldade por parte da Organização de Mulheres em participar das reuniões de nível municipal em que as questões da mulher são abordadas, visto que essas reuniões acontecem em horário de trabalho. Como a maioria dos membros da Organização de Mulheres trabalha, não conseguem participar. A entrevistada conta também que a sociedade civil não é convidada para as reuniões e formações. De acordo com ela, algumas integrantes do Conselho de Direitos da Mulher e alguns gestores de serviços da Rede alegam que a sociedade civil não teria serviços para oferecer para a Rede. Recordase ainda que houve uma reunião em que foi apresentada a Rede e a Ficha de Notificação, porém as organizações de mulheres não foram convidadas para essa reunião, e explica que ela só participou da reunião porque estava representando o Conselho de Direitos da Mulher. Sobre isso, relata: “A gente entende que participar das reuniões é importante para a questão de informação [...]. Ainda falta uma compreensão no sentido da aproximação, de entender que a sociedade civil é parceira no sentido de monitorar, no sentido de debater, o olhar de quem está de fora.” (ENTREVISTADA 1, 2012)

Ainda no que diz respeito ao conhecimento da lei, dos quatro membros do Conselho de Saúde que representam a sociedade civil, apenas uma dizia saber da existência da Lei de Notificação. Os entrevistados relatam ainda que as questões da violência contra a mulher e da Notificação Compulsória ainda não foram colocadas na pauta do Conselho de Saúde porque não tiveram essa demanda: “Da notificação nada, não chegou nenhuma demanda” (ENTREVISTADA W, 2012). Conforme os entrevistados, os assuntos colocados em pauta são trazidos pelas demandas da população ou pelo diretor do Conselho de Saúde, e, por isso, nunca abordaram esse assunto. Relatam que o único assunto referente à mulher abordado pelo Conselho de Saúde foi o Programa de Saúde da Mulher, e não foi abordado nada que fizesse alusão à violência contra a mulher: “Especificamente a questão da violência, não.” (ENTREVISTADO X, 2012)

Quanto às políticas existentes no Município de Cariacica para o enfrentamento da violência contra a mulher, os membros do Conselho Municipal de Saúde contam que é difícil fazer uma avaliação mais complexa das políticas para as mulheres vítimas de violência existentes no município, pelo fato de que até hoje não foi uma questão abordada no Conselho Municipal de Saúde. Uma das entrevistadas afirma, “Já melhorou um pouco, mas ainda tem muito que melhorar.” (ENTREVISTADA Z, 2012)

A não discussão do assunto pelos órgãos de controle dificulta o acompanhamento por parte da sociedade civil das ações desenvolvidas pelo município para a viabilização da notificação, retirando do processo de monitoramento sujeitos fundamentais e transformando o Poder Público no responsável exclusivo pelo fracasso ou sucesso da implementação da Lei nº 10.778/2003 em Cariacica.

É necessário que o processo de notificação seja resultado de um esforço coletivo, Estado e sociedade civil (população e trabalhadores), para que, assim, o processo avance cada vez mais. A experiência pioneira do município de Cariacica, se positiva, poderá estimular novos municípios a adotarem a notificação como uma ação em saúde.

Em meio a tantos desafios, ainda se pode dizer que Cariacica tem avançado no processo de implantação da Ficha de Notificação. É possível observar que há um explícito comprometimento dos gestores e de parcela dos profissionais envolvidos no processo de implantação da Ficha de Notificação, o que é um fator de extrema importância. Um profissional e um serviço sensibilizado são capazes de olhar a vítima com outros olhos, de estar mais atentos às causas da violência, aos sintomas apresentados pelas vítimas e aos danos que a violência causa à saúde. Nesse sentido, a ficha de notificação cumpre um papel importante, assim justificado por outra entrevistada: “[...] porque sem a ficha a gente não fica sabendo da vítima.” (ORQUÍDEA, 2012)

De acordo com relatos da entrevistada Margarida, o município só conseguiu fazer com que a Ficha de Notificação fosse implantada e começasse a funcionar por conta do comprometimento de alguns profissionais que estão à frente do processo. Porém, sabe-se que somente o empenho de alguns profissionais não é o suficiente; é preciso o investimento institucional e político do Poder local assim como dos serviços que integram o conjunto da Rede, pois, quando há negligência/falhas da parte de qualquer um deles, a vítima pode ser

prejudicada, não se adotando os procedimentos necessários ao seu atendimento. Mas, mesmo como todo o esforço relatado pelos profissionais e pelos gestores entrevistados, outro desafio lhes é apresentado: a participação da sociedade civil e dos órgãos de controle no processo de implantação da Notificação Compulsória.

4.4 INICIATIVAS DO PODER PÚBLICO LOCAL PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES EM CARIACICA

No que tange às ações do Poder Público local para a prevenção e o enfrentamento da violência contra as mulheres, além das já citadas acima, constatam-se iniciativas importantes, algumas das quais ocorrem em parceria com os governos estadual e federal, à exemplo das iniciativas tomadas para a implantação das ações previstas pela Lei nº 10.778/2003.

Além das ações em torno da implantação da Notificação Compulsória, são realizadas, no município, atividades como a *Campanha do Laço Branco*, que tem como alvo principal os homens. Essa campanha tem como principal objetivo sensibilizar e envolver os homens na luta pelo fim da violência contra a mulher. Sobre a campanha, fala uma das entrevistadas: “[...] pensando o homem com a responsabilidade que ele tem em cuidar da mulher e não agredi-la.” (VIOLETA, 2012)

As ações da *Campanha do Laço Branco* acontecem entre os dias 25 de novembro e 6 de dezembro, período em que se reúne um conjunto de ações em benefício dos direitos das mulheres e pelo fim da violência. No Brasil, essa campanha foi lançada oficialmente em 2001 e desenvolve diferentes atividades, como distribuição de laços brancos, camisetas e folhetos informativos, realização de eventos públicos, caminhadas, oficinas temáticas debates, entrevistas para jornais e revistas, etc.

Outra ação existente no Município é o Projeto *Mulheres da Paz*, que é realizado pela Secretaria de Cidadania e Trabalho e da Gerência da Mulher. O Projeto *Mulheres da Paz* é uma iniciativa do Ministério da Justiça. Ele surgiu em 2007 e visa a capacitar as mulheres que atuam nas comunidades fortalecendo as práticas políticas e culturais e contribuindo também para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Também outras campanhas eventuais têm sido realizadas em Cariacica buscando atingir os munícipes. Elas ocorrem em terminais de ônibus, nas escolas, nas praças. Essas ações geralmente acontecem próximo ao *Dia Internacional da Mulher*. Nessas campanhas são distribuídos informativos sobre a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência a fim de que a sociedade conheça os serviços disponíveis e chegue até eles caso necessite.

Há os eventos fixados pelo calendário do Poder Público local, a exemplo da Campanha *Cariacica Em Ação*,¹⁶ quando são divulgados os trabalhos e os espaços de atendimento à mulher vítima de violência, bem como informativos que atentam para as questões de violência contra a mulher, como uma forma de reflexão e conscientização. Existe também o Programa *Saúde na Praça*, em que se aproveita a oportunidade para, mais uma vez, divulgar os serviços que compõem a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência. (VIOLETA, 2012)

Assim se manifesta a entrevistada Orquídea sobre as ações realizadas no município para o enfrentamento à violência contra a mulher,

São positivas, são válidas sim, surtem efeito, logo após uma campanha assim, a gente percebe que a procura pelos serviços aumenta, a gente deixa os nossos telefones disponíveis e as mulheres ligam, perguntam como é que elas têm acesso aos serviços da Gerência da Mulher, por exemplo. (ORQUÍDEA, 2012)

No que se refere aos recursos didáticos e informativos sobre a problemática da violência contra mulheres, existe o material gráfico confeccionado pela própria Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Gerência de Direitos da Mulher é uma cartilha que, além de conceituar a violência de gênero e doméstica, apresenta os serviços existentes com seus respectivos endereços e o fluxograma percorrido pela vítima a partir do momento em que ela é inserida na Rede. Nessa cartilha, também se divulga a Lei Maria da Penha. No mais, existe o *site* da prefeitura, que, diariamente, informa sobre os acontecimentos de todos os setores da prefeitura, inclusive as ações no campo do enfrentamento à violência.

Sobre a importância das campanhas como atividades no campo da prevenção, opina uma das entrevistadas:

¹⁶ Cariacica em Ação é um Projeto de Governo de cunho social que teve início no ano de 2005, cujo objetivo é oferecer serviços de cidadania aos munícipes de Cariacica. Por meio do Cariacica em Ação, o poder público municipal propõe uma ação integrada, envolvendo todas as secretarias da Prefeitura, que disponibilizam seus serviços, in loco, diretamente à população. (BRASIL, 2010, p. 162)

[...] porque não há uma vacina, não é um agravo como coqueluche, sarampo, hepatite que a gente vacina todo mundo e aí você confia naquela medicação, eu penso que a nossa vacina é a conscientização, esclarecer a população sobre o assunto, mostrar quais são os direitos de cada uma, quem a vítima deve procurar no caso da agressão, eu penso que é o caminho da saúde e nós temos cumprido esse papel, tem sido nesse sentido. (ORQUÍDEA, 2012)

Todas essas ações e campanhas, bem como os órgãos existentes de atendimento às mulheres vítimas de violência revelam um esforço importante por parte do Poder Público local para reduzir uma importante causa de adoecimento de mulheres: a violência.

Para Côrtes et al. (2012), entre os desafios postos nas ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres está a visibilidade do fenômeno. Por isso, para eles, “[...] é essencial disseminar a informação para prevenir e publicizar a violência, alicerçada em profundas desigualdades de gênero na sociedade” (CÔRTEES et al., 2012, p. 134). Nesse sentido, argumenta Oliveira (2005, p. 4): “Uma política explícita de informação na área de gênero, tomando como referência as estatísticas públicas, deve ser entendida enquanto um direito de cidadania”. Para a autora, a sociedade, particularmente as mulheres, tem direito à informação qualificada, contextualizada. “Nesse sentido, deve caber ao Estado, nos níveis federal, estadual, municipal de governo, o desenvolvimento de uma política de informação explícita nessa área” (OLIVEIRA, 2005, p. 4), que possibilite o acesso a dados, a tomada de conhecimento das políticas, serviços e programas existentes e que estimule a indignação contra todas as formas de violência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início deste estudo, ficou sempre muito clara a importância de relacionar a saúde pública com a violência contra as mulheres, uma vez que isso tornou-se um problema de saúde pública. Daí a importância de publicizar a experiência da implantação da Lei nº 10.778/03 no município de Cariacica. Uma experiência que, apesar das dificuldades que enfrentou e ainda enfrenta, está caminhando positivamente para o enfrentamento da violência contra a mulher.

Diante do que foi exposto neste trabalho por meio das teorias pesquisadas, pude perceber que as relações de gênero entre homens e mulheres em meio à sociedade ainda são bem complexas e exigem a compreensão de diversos fatores para que se possamos entender melhor o fenômeno da violência que invade a vida das mulheres e provoca o adoecimento de muitas delas.

Sabemos que a violência contra a mulher ocorre, na maioria das vezes, no espaço doméstico, e é praticada por pessoas próximas a ela; um espaço onde deveria ser de aconchego torna-se um local de insegurança e medo. Geralmente, a mulher é violentada pelo seu marido, ex-marido ou companheiro, o que também traz prejuízos às pessoas que presenciam a violência, principalmente no caso de crianças, visto que poderão se tornar futuros agressores.

Diante do número de mulheres que são violentadas todos os dias e dos efeitos da violência sobre a saúde delas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu a violência como um problema de saúde pública e que necessita ser cuidada como uma epidemia. Por isso, a necessidade de políticas públicas que ampliem as discussões sobre gênero nos espaços públicos e privados.

É fato que, com o avanço do neoliberalismo, muitas conquistas alcançadas desde a década de 1970 pelas lutas das feministas foram relativizadas; porém, mesmo assim, as feministas continuaram lutando para que seus direitos fossem garantidos. Os tratados e convenções são exemplos de que elas não se calaram e conseguiram avançar com as discussões acerca do enfrentamento da violência contra a mulher, mesmo em meio à mínima intervenção do Estado. Sabemos que o enfrentamento à violência contra a mulher demanda a criação de

políticas públicas mais eficazes, exigindo maior intervenção por parte do Estado, o que não é uma tarefa fácil na era neoliberal, quando há recuo da estrutura do Estado e refluxo dos investimentos em políticas públicas. Nesse contexto, deixa-se a cargo da sociedade civil a responsabilidade de realizar os serviços que, de fato, são de responsabilidade do Estado. Apesar de todos os problemas e dificuldades postas, podemos perceber que houve um avanço significativo nas políticas da área da segurança pública. A área da saúde, por sua vez, ainda encontra-se em desvantagem, uma vez que esse setor só introduziu as discussões acerca da saúde da mulher após muitas lutas dos movimentos feministas e após identificarem que a violência sofrida por muitas mulheres leva ao adoecimento físico e psicológico.

Em se tratando dos avanços que ocorreram na área da saúde, a implementação da Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, Lei nº 10.778/2003, foi um grande avanço, uma vez que a violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública que precisa ser notificado.

Sobre a implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências Contra a Mulher no município de Cariacica, tema de estudo deste trabalho, ao longo da pesquisa ficou claro que a implantação da Ficha de Notificação só foi possível graças ao comprometimento e empenho de alguns profissionais e gestores que estavam à frente dos trabalhos de capacitação da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, uma vez que as mesmas capacitações foram feitas em outros municípios como Vitória, Serra, Vila Velha e Colatina; porém, não obtiveram os mesmos resultados apresentados em Cariacica.

Um das questões identificadas durante a pesquisa e que dificulta o enfrentamento à violência contra a mulher - principalmente no que tange ao processo de notificação, que é um serviço relativamente novo no município - é a falta de recursos humanos dentro dos equipamentos que compõem a rede, sobrecarregando alguns profissionais, que muitas vezes realizam o atendimento de forma precária e rápida. Os recursos financeiros e materiais também são precários e refletem na qualidade dos serviços prestados.

Ainda relacionado aos desafios, alguns aspectos estão pautados no comportamento e na falta de comprometimento dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas, como: a não qualificação, a falta de conhecimento sobre o tema da violência, a falta de conhecimento

sobre os sintomas apresentados pelas vítimas de violência, a falta de comprometimento de alguns profissionais. Além disso, há o questionamento por parte de alguns profissionais quanto à Ficha de Notificação. Muitos relatam ser um questionário muito grande, se comparado ao tempo que têm para o atendimento, uma vez que os equipamentos de atendimento encontram-se com poucos profissionais quando comparado ao número de usuários desses serviços. Tudo isso é agravado pela alta rotatividade dos profissionais da rede municipal de saúde, comprometendo ainda mais a qualidade do atendimento.

Pelos relatos das entrevistas, pude perceber que alguns profissionais também apresentam resistência para realizar a notificação dos casos de violência. Na área da saúde, o profissional de medicina, que, na maioria das vezes, realiza o primeiro atendimento, é o que mais apresenta resistência. Por isso, ele precisa estar capacitado e sensibilizado para perceber e notificar os casos de violência contra a mulher, o que demanda a capacitação continuada dos profissionais.

Outro aspecto que chamou muita atenção durante a pesquisa de campo foi a não notificação por parte das unidades básicas de saúde do município de Cariacica, sendo esse equipamento um espaço prioritário para identificação e acompanhamento das mulheres vítimas de violência. Muitas mulheres procuram as unidades de saúde com frequência e levam queixas indeterminadas em função da violência sofrida diariamente, sem contar que o vínculo que esse profissional tem com as usuárias do serviço são mais frequentes, o que possibilita maior integração e confiança entre profissional e paciente. Este fato é de suma importância para que o paciente relate a situação de violência em que vive.

Essas dificuldades encontradas podem acarretar no mau funcionamento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência. Em meio à pesquisa de campo, pude identificar que alguns profissionais entrevistados, basicamente os da área da saúde, não tinham conhecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência do município e, por isso, as vítimas recebiam os encaminhamentos desses profissionais somente para dois equipamentos, e não era observada a real necessidade desses pacientes para fazer os encaminhamentos.

Além da falta de conhecimento de alguns profissionais sobre a Rede, existe a falta de comunicação e troca de informação entre os equipamentos. Ouvindo os entrevistados, pude perceber que não há uma boa integração entre as áreas da saúde e da segurança pública, tendo

em vista que a DEAM não realiza a notificação dos casos atendidos. Neste caso, é bom lembrar que apenas os serviços de saúde têm obrigação de realizar a notificação pela Lei nº 10.778/2003. Percebe-se, porém, que outros serviços podem contribuir com o preenchimento da Ficha, já que nem todas as vítimas chegam aos serviços de saúde do município e nem todos os serviços dessa área usam a Ficha de Notificação Compulsória.

Apesar de a DEAM fazer o encaminhamento das vítimas atendidas para a GEDIM, isso não garante que todas as mulheres que passaram pela Delegacia Especial de Atendimento à Mulher chegarão até a GEDIM para que esses casos sejam notificados. Dessa forma, há a chance de uma subnotificação. Essa realidade impede que muitas vítimas cheguem até os serviços disponíveis para atendê-las; e, na maioria das vezes, a mulher, por não ter tido o acesso à rede, continua em situação de violência. Além disso, há relatos de que a DEAM possui o número e a causa dos homicídios femininos, mas não repassa esses dados para o NUPREV do município. De acordo com os entrevistados, são informações necessárias para desenvolver os trabalhos de prevenção e proteção à mulher no município.

O fato de a DEAM funcionar somente em horário comercial é outra questão que dificulta o atendimento e a inserção da mulher na rede. À noite e em finais de semana as mulheres que sofrem violência recorrem ao DPJ ou à Polícia Militar. Isso pode atrapalhar tanto o processo de denúncia, quanto o de inserção dessa mulher na rede, devido ao fato de a Polícia Militar não estar devidamente preparada para realizar esse tipo de atendimento. Por isso, torna-se de extrema importância o funcionamento em período integral da DEAM, inclusive nos finais de semana.

Apesar de todas as discussões e capacitações feitas no município de Cariacica para o enfrentamento à violência contra a mulher, pude identificar, por meio das entrevistas com alguns membros da sociedade civil, que, apesar de as ações na área da saúde terem avançado bastante, ainda encontram-se um pouco precárias. Observei que houve uma pequena mudança quanto ao atendimento por parte de alguns profissionais; porém, muitos profissionais ainda não se sensibilizaram quanto a essa questão, pois alguns ainda têm dificuldades para perceber a violência vivida por seus pacientes e não conseguem identificar que muitas doenças podem ser reflexos dessa violência. Ainda nesse sentido, no que se refere aos programas voltados para a saúde da mulher, percebi que alguns profissionais ainda veem a mulher somente como mãe, não assistindo a mulher de forma integral.

Observei também que, ao contrário de alguns entrevistados que são atuantes de movimentos sociais e do Conselho da Mulher, os membros do Conselho Municipal de Saúde entrevistados vislumbram a saúde da mulher atrelada ao cuidado materno, e demonstram que a mulher está sendo bem assistida na área da saúde. Essa percepção por parte dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde pode estar atrelada à falta de discussões sobre essa temática, o que desencadeia uma visão pouco crítica a respeito desses aspectos. No mais, pude perceber que os órgãos de controle social não desempenham nenhum papel no processo de implantação da Ficha de Notificação, comprometendo o seu papel fiscalizador e de acompanhamento das ações por parte dos representantes da sociedade civil nos conselhos.

De todos os desafios encontrados durante a pesquisa para que o processo de notificação aconteça, percebi que o maior deles é fazer com que o profissional esteja sempre capacitado e sensibilizado com a questão da violência contra a mulher. A capacitação continuada, a sensibilização e o comprometimento dos profissionais é um dos aspectos mais importantes para que o processo de notificação aconteça.

As questões acima levantadas revelam parte dos inúmeros desafios manifestados hoje nas políticas de saúde, particularmente quando estas se relacionam ao enfrentamento à violência contra as mulheres. Nem sempre a existência de políticas públicas resolve as demandas que a sociedade apresenta, pois cada vez mais se observa que a criação das mesmas deve estar acoplada a uma série de outras iniciativas que envolvem desde a preparação dos profissionais responsáveis pela sua implementação, passando pelas condições materiais de sua aplicabilidade, até a sua articulação com outros serviços públicos.

É válido ressaltar que as discussões acerca da violência contra a mulher vêm sendo feitas juntamente com a implementação de políticas públicas para o enfrentamento à violência. Assim, podemos perceber a necessidade de políticas mais eficazes que além de envolver os equipamentos públicos nessas discussões possam abranger a sociedade e a família com ações de prevenção e proteção, de forma que venham a publicizar cada vez mais o fenômeno da violência contra as mulheres. Sabemos que, mesmo com as dificuldades encontradas ao longo do caminho, é necessária uma luta constante para o enfrentamento à violência contra a mulher, a fim de que se possa desconstruir alguns estereótipos que foram, e ainda são motivos de violência e maus-tratos de mulheres, levando-as ao adoecimento constante. Garantir um

atendimento digno às mulheres em situação de violência significa garantir-lhes maior dignidade e humanidade.

REFERÊNCIAS

- ACABAR com a fome e a miséria. Proporção de pessoas abaixo da linha da pobreza e indigência. Disponível em: < <http://www.portalodm.com.br/relatorios/1-acabar-com-a-fome-e-a-miseria/es/cariacica>>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- ALBUQUERQUE, I. M. N.; CARVALHO, E. F. M.; LIMA, L. P. Vigilância epidemiológica: Conceitos e institucionalização. **Rev Bras Saúde Mater Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 7-14, abr. 2002.
- ALMEIDA, S. S. **Femicídio**: algemas (in)visíveis do público-privado. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
- ALVARENGA, E; SILVA, E. M.; BARCELLOS, G. H. Relações de gênero no Espírito Santo: articulações possíveis. In: LOPES, A.; ALVARENGA, E. (Org.). **Gênero e diversidade na escola**. Vitória: EDUFES, 2012, p. 15-44.
- AQUINO, E. M. L. A questão de gênero em políticas públicas de saúde: situação atual e perspectivas. In: SILVA, A. L.; LAGO, N. C. S.; RAMOS, T. G. O. (Org.). **Falas de gênero**: teorias, análises, leituras. Florianópolis: Editora Mulheres, 1999. p. 161-71.
- ARAÚJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe de programa de saúde da família**: um olhar genealógico sobre o controle social. 2005. 221 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGP, Universidade Federal do Espírito Santo - UFES, Vitória, 2005.
- ARAÚJO, M. F. Violência contra a mulher: retomando algumas questões do antigo debate. In: BRADO, T. S. A. M. **Gênero, educação, trabalho e mídia**. São Paulo: Ícone, 2010. p. 19-27.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2009.
- ARREAZA, A. L.V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2215-28, jul. 2010.
- BARCELLOS, G. H. **Violência física/sexual contra a mulher na relação conjugal**: estudo de casos de violência conjugal denunciados às delegacias da mulher do Estado do Espírito Santo. 1998. 219f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Centro de Estudos Gerais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 1998.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- _____. **Assassinato de mulheres e direitos humanos**. São Paulo: ed. 34, 2008.
- BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 64-85.

BRANDÃO, A. C. C. **Violência doméstica**. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://boaspraticasfarmaceuticas.blogspot.com/2010/09/violencia-domestica.html>>. Acesso em: 19 mar. 2011.

BRASIL. Constituição [da] República Federativa do Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 jun. 2004b. Seção 1.

_____. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização da vigilância epidemiológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 1975. Seção 1

_____. 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 forem atendidas em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Seção 1, p. 11.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 08 out. 2006. Seção 1, p. 12.

_____. Portaria GM/MS nº 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2004c. Seção 1, p. 25.

_____. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2001b. Seção 1e.

_____. Portaria nº 104, de 25 Janeiro de 2011. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2011 b. Seção 1, p. 38.

_____. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2004 d. Nº 96, seção 1.

_____. Presidência da República. Secretaria de Política para as Mulheres. Sobre a Secretaria. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: < <http://www.spm.gov.br/sobre> >. Acesso em: 11 fev. 2011.

_____. Presidência da República. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001a.

_____. Presidência da República. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005 c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2010.

_____. Presidência da República. **II plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. Disponível em: <<http://www.sepm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2008/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2010.

_____. Presidência da República. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007b. Disponível em: <<http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 9 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes**, 2008 e 2009. Brasília, DF. 2010 b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. _____. Sistema de informações hospitalares do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: modelo de mobilização e diálogo social para promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio**. Brasília, DF: MS, 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2012.

_____. _____. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006 b. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/matriz_pedagogica.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

_____. _____. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005 b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemio.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2012.

_____. _____. **Plano de preparação brasileiro para o enfrentamento de uma pandemia de influenza**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_flu_final.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2013.

_____. Senado Federal. **Relatório de pesquisa: violência doméstica contra a mulher**. Brasília, DF. 2005a. 24p. Disponível em: <<http://www.mulherdemocrata.org.br/RelatorioViolenciaContraMulher.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010.

_____. _____. **Pesquisa de opinião pública nacional: pesquisa sobre violência doméstica contra a mulher**. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/Relat%C3%B3rio%20anal%C3%ADtico%20Viol%C3%Aancia%20Dom%C3%A9stica.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2012.

CACCIAMALI, M. C.; HIRATA, G. I. A influência da raça e do gênero nas oportunidades de obtenção de renda - uma análise da discriminação em mercados de trabalho distintos: Bahia e São Paulo. **Estudos Econômicos**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 767 - 795, dez. 2005.

CAMELO, S. H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, ago. p. 30-7, 2000.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.5, p. 611-4, set./out. 2004.

CAMPOS, E. M.; JORGE, M.; BARCELOS, R. Importância do trabalho em rede e a atuação da academia no enfrentamento à violência contra a mulher. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2010, Londrina. **Anais do I simpósio sobre estudos de gênero e políticas públicas**, 2010. p. 24-37 Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/4.ElzaCampos.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

CAMURÇA, S.; GOUVEIA, T. **O que é gênero**. Recife: SOS Corpo, 2004.

CARIACICA. Secretaria Municipal de Saúde. **Cariacica em dados**. Cariacica: Secretaria Municipal de Saúde, 2011.

_____. _____. **Rede de atendimento às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual do município de Cariacica/ES**. Cariacica: Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 2011. Slides. 2011a.

_____. _____. **Relatório de gestão 2010**. Cariacica: Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 2011b.

_____. _____. **Protocolo de atendimento do núcleo de prevenção à violência: rede de atendimento às vítimas de violência**. Cariacica: Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 2011c.

_____. _____. **Relatório de gestão anual 2011**. Cariacica: Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 2012.

_____. _____. **Relatório de gestão semestral 2012: Violência domiciliar, sexual e/ou outras violências**. Cariacica: Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, 2012a.

CARNOY, M. **Estado e teoria política**. 11. ed. São Paulo: Papyrus, 2005.

SOARES, W. M. **Vem pra roda! Vem pra Rede!** guia de apoio à construção de rede de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.cfemea.org.br/images/stories/pdf/vemprarodavemprarede.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2012.

CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, L. M. L. de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

CHESNAIS, J. C. O aumento da violência criminal no Brasil. **Justitia**, São Paulo, v. 59, n. 177, p. 19-44, jan./mar. 1997. Disponível em: <http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/22820/aumento_violencia_criminal_brasil.pdf?sequence=3>. Acesso em: 22 mar. 2012.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000.

COMEGNO, M. C. SP Mulheres em dados. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 91-103, dez. 2003 .

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS. Médicos são obrigados a notificar casos de violência doméstica e dengue. Goiânia, 2011. Disponível em: <http://www.cremego.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25427%3Amedicos-sao-obrigados-a-notificar-casos-de-violencia-domestica-e-dengue&catid=3&Itemid=491>. Acesso em: 10 maio 2011.

CÔRTEZ, G. R.; LUCIANO, M. C. F.; DIAS, K. C. O. A informação no enfrentamento à violência contra mulheres: centro de referência da mulher “ednalva bezerra”: relato de experiência. **Biblionline**, João Pessoa, v. 8, n. esp. p.134-51, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/biblio/article/view/14199/8105>>. Acesso em: 5 nov. 2012.

COSTA, A. M.; GUIMARÃES, M. C. L. Controle social: uma questão de cidadania, saúde é assunto para mulheres. **Rede nacional feminista de saúde, direitos sexuais e direitos reprodutivos**. 3. ed. São Paulo, 2002. 64p. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/recursos-humanos/desenvolvimento-arquivos/capacitacao-para-implementar-a-consulta-de-enfermagem-no-pre-natal-e-no-pos-parto-usp/material-seminario-estadual-saude-da-mulher/controle-social/controle_social_questao_cidadania_2002.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2010.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27-33, 2010.

CRUZ, M. P. A. **Saúde da mulher em situação de violência**: o que pensam os gestores e gestoras municipais do sistema único de saúde. 2002. 121 f. Dissertação (Mestrado em saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2002. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/documentos/DissertacaoMadgePIPASCUFPE.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2010.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 1995.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICO. **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo: DIEESE, 2011. 300p. Disponível em: <http://www.campanhapontofinal.com.br/download/new_12.pdf>. Acesso em: 21 Jan. 2012.

10 ANOS da adoção da convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher: convenção de Belém do Pará. Brasília, ES: AGENDE, 2004. Disponível em: <<http://www.agende.org.br/docs/File/publicacoes/publicacoes/revista%20Convencao%20Belem%20do%20Para.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2011.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-50, jul./ago. 2009.

EDUCAÇÃO básica de qualidade para todos. Taxa de frequência e conclusão no ensino fundamental. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/2-educacao-basica-de-qualidade-para-todos/es/cariacica>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Governo do Estado anuncia implantação de sete Núcleos Especializados na Defesa da Mulher vítima de violência. 2008. Disponível em: <http://www.es.gov.br/site/cidadaos/show_noticia.aspx?noticiaId=99679519>. Acesso em: 10 maio 2011.

_____. Secretaria da Saúde. **Núcleo especial de vigilância epidemiológica: NEVE**. Vitória, ES: Secretaria da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.es.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

FACHIN, O. **Fundamentos da metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

FALEIROS, V. P.; RAPOZO, J. M. T. Efetividade da rede de atenção à saúde e à assistência social à pessoa idosa na expressão de usuários e gestores – o caso de Boa Vista/RR. **Rev. Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 356-370, ago./dez. 2011.

FREITAS G. L.; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 12, n. 11, p. 424-8, maio 2009.

FREITAS, A. L. **Igreja excomunga responsáveis por aborto de menina de 9 anos**. 2009. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/igreja-excomunga-responsaveis-por-aborto-de-menina-de-9-anos,92e83e232cb4b310VgnCLD200000bbcceb0aRCRD.html>>. Acesso em: 2 nov. 2012.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Mulheres brasileiras e gênero no espaço público. 2010. p. 301. Disponível em: <<http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2011.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p. 2567-73, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. suppl0, p. 1269-78, 2007.

GAZÊTA, A. A. B. et al. A campanha de erradicação da varíola no Brasil e a instituição do sistema nacional de vigilância epidemiológica. **Cadernos de saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 323-38, 2005.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-9, maio/jun. 1995.

GOMES, F. G. Conflito social e welfarestate: estado e desenvolvimento social no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 201-34, abr. 2006.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-9, 2002.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998.

GUEDES, H. H. S.; CASTRO, M. M. D. C. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Rev Serv Loc**, Londrina, v. 12, n.1, p. 4-26, jul./dez. 2009.
HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 2000.

HAMANN, E. M.; COSTA, A. M. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. In: COSTA, A. M.; HAMANN, E. M.; TAJER, D (Org.). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, DF: Ed. Universidade de Brasília, 2000. p. 19-32.

HOBBS, T. **Leviatã**. São Paulo: Martin Claret, São Paulo, 2006.

IAMAMOTO, M. V. Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 13-43.

IANNI, O. Raízes da violência. In: CAMACHO, T. **Ensaio sobre violência**. Vitória, ES: Edufes, 2003. p. 19-38.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=320130#topo>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

_____. **Pesquisa mensal de emprego**. 2012. 24 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Per_g_Resp.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades: gênero, raça**. 2012. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. **Resenha de conjuntura: distribuição populacional no Espírito Santo: resultados do censo demográfico 2010**, Vitória, ES, ano 4, n. 27, p. 11, maio 2011. Disponível em: <<http://www.ijns.es.gov.br/Busca/?module=Record&id=19518>>. Acesso em: 26 jul. 2012.

_____. **Desenvolvimento humano na região metropolitana da Grande Vitória**: atlas metropolitano. Vitória, ES, 2010. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/Sitio/atlas/AtlasIDH_06.pdf>. Acesso em: 19mar. 2012.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-16, ago. 2010.

LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 151-78.

LEAL, A. F. Violência contra a mulher, um problema de saúde pública. 2009. Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/areas-de-atuacao/saude/264-noticias-de-saude/3680-violencia-contra-a-mulher-um-problema-de-saude-publica>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

LEONE, E. T; BALTAR, P. A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho. **Rev Bras Estud Popul**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 233-49, jul./dez. 2008.

LIMA, D. C.; BUCHELE.F.; CLIMACO. D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 69-81, abr./jun, 2008.

LISBOA, T. K. Violência e relações de gênero: definindo políticas públicas. In: II JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. 2005, São Luís. **Anais da II Jornada internacional de políticas públicas**. Mundialização e estados nacionais: a questão da emancipação e da soberania. São Luiz: 2005. p. 1-8. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Teresa%20Kleba%20Lisboa319.pdf>. Acesso em 21 set. 2012.´

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Rev ActaScientiarum - Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, Jan./Jun. 2012.

LUCENA, M. F. G. **Saúde, gênero e violência**: um estudo comparativo Brasil/França sobre a saúde da mulher negra. Recife: Universitária UFPE, 2010.

MACEDO, P. C. M. Desafios atuais no trabalho multiprofissional em saúde. **Rev SBPH**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 33-41, dez. 2007.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.47-65, set. 2006.

MALTCHIK, R. **Violência contra mulher não registra queda há mais de uma década, revela estudo**. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/politica/violencia-contra-mulher-nao-registra-queda-ha-mais-de-uma-decada-revela-estudo-2789881>>. Acesso em: 11 mai. 2012.

MAPA do Espírito Santo. Disponível em: <<http://www.girafamania.com.br/listaestados/br-es.htm>>. Acesso em: 15 out. 2012.

MEJIA, I. C. **Manual para a elaboração e normalização de trabalhos acadêmicos**. 2. ed. Vitória, ES: EMESCAM, 2012.

MELO, H. P. de. **Globalização, políticas neoliberais e relações de gênero no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www2.fpa.org.br/uploads/hildete.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2011.

MENDES, E.V. A modelagem das redes de atenção à saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0260.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2012.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305, ago. 2010.

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 7-18, 1994.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. SOUZA, E. R de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 513-31, nov. 1997-fev. 1998.

MISSE, M. et al. Violência, sujeito e sociologia: entrevista com Michel Wieviorka. **Rev. Dilemas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 142-72, jan./fev./mar. 2009. Disponível em: <<http://revistadil.dominiotemporario.com/doc/Dilemas3Ent.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.

MONTAÑO, C. Um projeto para o serviço social crítico. **Rev katálysis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 141-57, dez. 2006.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORI, M. E.; COELHO.V. L. D.; ESTRELLA.R. C. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1825-33, set. 2006.

MORRISON, A. R., BIEHL, M. L. **A Família Ameaçada: violência doméstica nas Américas**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

MOTTA, L. E. Poulantzas e o direito. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 53, n. 2, p. 367-403, 2010.

NJAINÉ, K.; et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1322, 2006.

NUNES, A. C. S. A. **A violência e a saúde pública: um estudo bibliográfico de artigos publicados no Brasil, 1998-2008**. 2010. 75f. TCC (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde Pública) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28092/000767596.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

OLIVERI, A. C. **A arte ou ciência de governar**. 2012. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/afipemgfilosofia/home-page/para-professores/textos-para-aulas/politica/a-arte-ou-ciencia-de-governar>>. Acesso em 29 de set 2012.

OLIVEIRA, A.; ZAMPROGNO, L. **As implicações da violência doméstica na saúde da mulher**. 2010. 110 f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social) – Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2010.

OLIVEIRA, C.; ANDRADE, Y. As outras dores do parto: como pacientes são maltratadas e por que a cesárea, a episiotomia e o uso de ocitocina são considerados abusos. **Revista do Brasil**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 69, p. 8-12, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/69/as-outras-dores-do-parto>>. Acesso em: 8 abr. 2012.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 376-82, jun. 2005.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE, R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**: adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) em 10/12/ 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 11 abr. 2011.

_____. **Declaração de Pequim adotada pela Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres: Ação para Igualdade, Desenvolvimento e Paz (1995)**. 1995, Pequim. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Confer%C3%A2ncias-de-C%C3%BApula-das-Na%C3%A7%C3%B5es-Unidas-sobre-Direitos-Humanos/declaracao-de-pequim-adotada-pela-quarta-conferencia-mundial-sobre-as-mulheres-acao-para-igualdade-desenvolvimento-e-paz-1995.html>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Declaração e Programa de Acção de Viena: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**. 14-25 jun. 1993, Viena. Disponível em: <<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/decl-prog-acao-viena.html>>. Acesso em: 20 dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW)**. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 18/12/ 1979. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

PAULINO, A, Y. Gênero, trabalho e violência. In: BRADO, T. S. A. M. **Gênero, educação trabalho e mídia**. São Paulo: Ícone, 2010. p. 29-33.

PEDROSA, C. M. **Cuidado às pessoas que sofreram violência sexual**: desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no programa iluminar campinas. 2010. 176 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública de direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al. (Org.). **Política social no Capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 87-108.

_____; STEIN, R. H. Política social: universalidade versus focalização: um olhar sobre a América Latina. In: BOSCHETTI, I et al. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 106-30.

PINOTTI, J. A.; GOMES, E. A mulher e a legislação. In: PINOTTI, J. A.; FAUNDES, A. **A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil**. São Paulo: Manole, 1988. p.1-11.

PINHEIRO, R. F. O movimento de manifestação internacional “slutwalk” ou “marcha das vadias” sob a ótica do “comportamento da vítima” do artigo 59 do Código Penal. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. 15, n. 104, p. 9-14, set. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12244>. Acesso em 17 out. 2012.

PIRES, M. R. G. M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, ago. 2006.

IGUALDADE entre sexos e valorização da mulher. Percentual do rendimento feminino em relação ao masculino segundo ocupação formal e escolarização. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/3-igualdade-entre-sexos-e-valorizacao-da-mulher/es/cariacica>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

IGUALDADE entre sexos e valorização da mulher. Razão meninas/meninos no ensino fundamental e médio. 2006. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/relatorios/3-igualdade-entre-sexos-e-valorizacao-da-mulher/es/cariacica>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

QUEIROZ, N.; PORTELLA, A. P. **Violência contra as mulheres: desafios para o Sistema Único de Saúde**. Recife: SOS Corpo, 2008. 148 p.

RAUPP, F. M.; BEUREN, I. M. Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In: BEUREN, I. M. (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo, 2003. p. 76-97.

REDES HUMANIZADAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES AGREDIDAS SEXUALMENTE. **Violência contra a mulher**. 2010. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciacontra.html>>. Acesso em: 6 dez. 2010.

RIBEIRO, R. J. Hobbes: o medo e a esperança. In: WEFFORT, F. C. **Os clássicos da política: Maquiavel, Hobbes, Locke, Montesquieu, Rousseau, “o federalista”**. São Paulo: Ática, 2001. p. 54-77.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência**. Porto Alegre: CEVS, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1190034398893Versao%20Completa.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

- ROMANELLI, M. A. C. **Avaliação do Plano**. Cariacica. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNPU/RedeAvaliacao/Cariacica_AvaliacaoES.pdf>. Acesso em 29 nov. 2012.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov. /dez.2005.
- SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica ou a lógica do galinheiro. In: KUPSTAS, M. (Org.). **Violência em debate**. São Paulo: Moderna, 1997. p. 39-57.
- _____. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- _____. ALMEIDA, S. S. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Ver Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p. 472-7, jun. 2007.
- SÃO PAULO. Secretaria de saúde do Estado de São Paulo. **Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais**. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde, 2007. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/caderno_violenca_mulher.pdf>. Acesso em: 29 fev. 2011.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violence against women: interfaces with Health care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3, n.5, p. 13-26, 1999.
- SCHRAIBER, L. B.; et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-177, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-27, ago. 2009. SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais & Agroindustriais**, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.
- SILVA, D. A. A. Olhos sobre a mulher. In: BRADO, T, S, A, M. **Gênero, educação trabalho e mídia**. São Paulo: Ícone, 2010. p. 57-70.
- INSTITUTO AVON. **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. Pesquisa. Instituto Avon/ipsos. 2011. 30p. Disponível em: <http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/22820/aumento_violencia_criminal_brasil.pdf?sequence=3>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev Bras Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out./dez. 2005.

SOREL, G. E. **Reflexões sobre a violência**. Petrópolis: Vozes, 1993.

SOUZA, S. R. **Comentários à lei de combate a violência Contra a mulher**. Curitiba: Juruá, 2007.

TEIXEIRA, J. M de C. et al. **Organização do fluxo de atendimento em um serviço de emergência**. São Paulo: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: < http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:L69Qq94U8QgJ:www.premiomariocovas.sp.gov.br/2009/2005/Eficiencia_e_Desburocratacao/ED_500.DOC+Organiza%C3%A7%C3%A3o+do+fluxo+de+atendimento+em+um+servi%C3%A7o+de+emerg%C3%Aancia+++teixeira&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br >. Acesso em: 10 nov. 2011.

TELES, M. A. A. **O que são direitos humanos das mulheres**. Brasiliense: São Paulo, 2007.

TOLEDO, H. L. G. Neoliberalismo e estado. In: LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 71-89.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, ago. 2009.

VIEIRA, E. M.; et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.12, n.4, p. 566-77, dez. 2009.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2010: anatomia dos homicídios no brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2010.

_____. **Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

_____. **Mapa da violência 2012: homicídio de mulheres no brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2012. Caderno complementar 1

WALDMAN, E.A. **Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública**. 1991. 173 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1991.

WALDMAN, E. A; JORGE, M. H. de M. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-9, 1999.

WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. **Tempo Social Rev Social USP**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 4-41, maio 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - roteiro de entrevista semiestruturada para gestores municipais de políticas públicas de saúde para as mulheres.

1 - A seu ver, por que o Espírito Santo lidera o ranking nacional de homicídios de mulheres, sendo que tem uma área geográfica pequena quando comparado a outros estados?

2 - Com a sua experiência, o que você tem a dizer da violência doméstica contra as mulheres?

3 - Você tem conhecimento das políticas nacionais, estaduais e municipais destinadas à saúde da mulher? Como você as avalia?

4 - O que a Saúde tem feito para intervir nessa problemática?

5 - Você tem conhecimento de políticas nacionais, estaduais e municipais para atender mulheres vítimas de violência doméstica? Como você as avalia?

6 - As políticas de saúde para assistir mulheres vítimas de violência doméstica se articulam com outras políticas públicas?

7 - Como se dá a divulgação dos serviços existentes para as mulheres vítimas de violência no município de Cariacica?

8 - Você conhece os serviços que integram a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Você poderia elencá-los?

9 - Se sim, como está a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Ela está funcionando? Está bem articulada? Fale um pouco sobre esta rede.

10 - Gostaria se possível, que vocês relatassem um pouco sobre o processo de implementação da Lei 10.774 – Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, no município de Cariacica. Como, quando e por que se iniciou a notificação no município?

11 - De acordo com as notificações recebidas, como estão os números de violência contra a mulher no município de Cariacica? Tem aumentado ou diminuído desde a implantação da Lei 10.774?

12 -Os profissionais de saúde como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros que estão em atendimento direto aos usuários de saúde, recebem algum treinamento a fim de sensibilizá-los para o fenômeno da violência doméstica? Como é feito esse treinamento?

13 - Você identifica algum tipo de resistência no processo de notificação entre profissionais de saúde? Quais profissionais demonstram ter maior resistência? Se sim, na sua opinião, quais os motivos?

14- Quais os profissionais que demonstram maior aceitação? Por que, na sua opinião?

15-Quais serviços (hoje) estão realizando a notificação compulsória no município de Cariacica? Dentre eles, há algum que se destaca pela quantidade de notificações realizada?

16 - Como se dá o processo de monitoramento da notificação compulsória pela Secretaria Municipal de Saúde (NUPREV)?

17 - Qual a importância da notificação dos casos de violência doméstica que chegam até a saúde?

18 - O município de Cariacica recebe recursos de outras esferas (governo federal e estadual) para a implantação da ficha de notificação? Se sim, você sabe qual o montante do recurso e onde está sendo aplicado?

19 - Quais as maiores dificuldades enfrentadas para a realização da notificação compulsória da violência doméstica e sexual contra a mulher no município de Cariacica?

20 -Quais são os desdobramentos da notificação?

21 - Existe algum fórum que avalia o processo de notificação em Cariacica? Se sim, quem participa e qual tem sido o seu papel?

22 - Na sua opinião, os profissionais que trabalham no atendimento direto aos usuários dos serviços de saúde sabem da importância da notificação?

23 - Você percebe mudanças no atendimento às mulheres vítimas de violência após a implantação da ficha de notificação de violência contra as mulheres?

24 - No que a notificação pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra mulheres em Cariacica?

APÊNDICE B - roteiro de entrevista semiestruturada para gestor estadual de saúde (Secretaria Estadual de Saúde).

1 - A seu ver, por que o Espírito Santo lidera o ranking nacional de homicídios de mulheres, sendo que tem uma área geográfica pequena quando comparado a outros estados?

2 - Com a sua experiência, o que você tem a dizer sobre a violência doméstica contra as mulheres, suas causas e agravos na saúde?

3 - Quais são as políticas nacionais, estaduais e municipais destinadas à saúde da mulher e para as mulheres vítimas de violência doméstica? Como você as avalia?

4 - O que a Saúde tem feito para intervir nessa problemática?

5- As políticas de saúde para assistir mulheres vítimas de violência doméstica se articulam com outras políticas públicas?

6- Quais os municípios do Estado do Espírito Santo que implantaram a Ficha de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher? Dentre eles, quais tem se destacado mais nos trabalhos e campanhas para divulgar a Ficha de Notificação? Por quê?

7-Você poderia relatar sobre o processo de implementação da Lei 10.774 – Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, no município de Cariacica. Como, quando e por que se iniciou a notificação nesse município?

8- Qual o município que mais notifica? Como estão os números de Notificação do Município de Cariacica?

9- Você como gestora estadual, quais são os maiores desafios que você percebe para a implementação da Lei de Notificação Compulsória no Município de Cariacica?

10- E quais as potencialidades do município de Cariacica para implementação da Lei de Notificação Compulsória?

11- Desde a implementação da Lei 10.774 no estado, as notificações tem aumentado ou diminuído? E

12- Existe algum treinamento a respeito da Lei de Notificação Compulsória que o Estado ofereça para os municípios? Se sim, como é feita e quem participa?

13- Na sua opinião, os profissionais que trabalham no atendimento direto aos usuários dos serviços de saúde sabem da importância da notificação?

14- Como se dá o processo de monitoramento da notificação compulsória pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA)?

15- O município de Cariacica recebe recursos de outras esferas (governo federal e estadual) para a implantação da ficha de notificação? Se sim, você sabe qual o montante do recurso e onde está sendo aplicado?

16- Qual a importância da notificação dos casos de violência doméstica que chegam até a saúde?

17- No que a notificação pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra mulheres?

APÊNDICE C - roteiro de entrevista semiestruturada para integrantes do Conselho Municipal de Saúde.

1 - Quais são as atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Cariacica?

2 - O Conselho Municipal de saúde acompanha e fiscaliza as ações em saúde no município?
De que forma?

3 - Qual é a rede de atenção à mulher existente no município de Cariacica?

4 - Quais recursos existem para a manutenção dos órgãos de atenção à mulher no município?

5 - Como é feita a fiscalização dos órgãos de saúde de atendimento à mulher?

6 - Como se dá a divulgação dos serviços existentes para as mulheres vítimas de violência no município de Cariacica?

7 - Existe alguma prioridade colocada em pauta pelo Conselho Municipal de saúde que esteja relacionada com as políticas de saúde para as mulheres vítimas de violência? Qual?

8 - A saúde da mulher é discutida nas reuniões do Conselho municipal de saúde? De que forma?

9 - Você sabe como se dá o processo de notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres no município de Cariacica?

10-Você conhece a Lei 10.778/2003 (Lei de Notificação Compulsória de violência contra a mulher) e o que diz a Lei?

11-Você acha que nos últimos anos se tem avançado no que diz respeito ao cuidado com a saúde das mulheres vítimas de violência? Por quê?

12-Você consegue perceber alguma mudança dos profissionais de saúde ao atender mulheres vítimas de violência?

13-O que é preciso para que o profissional perceba a violência sofrida pela mulher sem que ela fale? De acordo com o atendimento realizado no serviço de saúde hoje, isso é possível?

14-Você acha que os direitos das mulheres estão sendo garantidos? Por quê? De que forma?

15- O que O Conselho Municipal de Saúde tem feito para contribuir com o processo da notificação compulsória da violência doméstica e sexual contra mulheres em Cariacica?

16- Como você avalia as políticas de saúde para mulheres vítimas de violência, em especial a Notificação compulsória?

APÊNDICE D - roteiro de entrevista semiestruturada para a gerência de direitos da mulher de Cariacica.

1 - A seu ver, por que o Espírito Santo lidera o ranking nacional de homicídios de mulheres, sendo que tem uma área geográfica pequena quando comparado a outros estados? E Cariacica, você sabe em que lugar Cariacica se encontra no cenário estadual quando se trata da violência doméstica contra a mulher?

2 - Com a sua experiência, o que você tem a dizer da violência doméstica contra as mulheres?

3 - Você tem conhecimento das políticas nacionais e estaduais e municipais para atender mulheres vítimas de violência doméstica? Como você as avalia?

4 - Você conhece os serviços que integram a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Você poderia elencá-los?

5 - Se sim, como está a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Ela está funcionando? Está bem articulada? Fale um pouco sobre esta rede.

6 - Qual é o papel da Gerência de Direitos da Mulher no município de Cariacica?

7 - Que ações têm sido desenvolvidas pela Gerência? Você percebe se há resultados concretos das políticas desenvolvidas pela PMC na qualidade de vida e no combate à violência contra mulheres? Por quê?

8 - Qual o fluxo dado aos casos de violência?

9 - Quais os maiores empecilhos para o desenvolvimento de políticas para mulheres no município de Cariacica?

10 - Você tem informação acerca das políticas para mulheres desenvolvidas pela Secretaria municipal de Saúde? Se sim, quais são elas?

11 - Como se dá a divulgação dos serviços existentes para as mulheres vítimas de violência no município de Cariacica?

12 - Gostaria se possível, que você relatasse um pouco sobre o processo de implementação da Lei 10.774 – Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher, no município de Cariacica. Como, quando e por que se iniciou a notificação no município?

13 - De acordo com as notificações recebidas, como estão os números de violência contra a mulher no município de Cariacica? Tem aumentado ou diminuído desde a implantação da Lei 10.774?

14 - Os profissionais de saúde como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros que estão em atendimento direto aos usuários de saúde, recebem algum treinamento a fim de sensibilizá-los para o fenômeno da violência doméstica? Como é feito esse treinamento?

15 - Você identifica algum tipo de resistência no processo de notificação entre profissionais de saúde? Quais profissionais demonstram ter maior resistência? Se sim, na sua opinião, quais os motivos?

16 - Quais os profissionais que demonstram maior aceitação? Por que, na sua opinião?

17 - Quais serviços (hoje) estão realizando a notificação compulsória no município de Cariacica? Dentre eles, há algum que se destaca pela quantidade de notificações realizada?

18 - Você tem informação sobre a Lei de Notificação compulsória de Violência doméstica contra mulheres pelos serviços de saúde de Cariacica? Se sim, quais deles fazem a notificação?

19 - Por que a Gerência de Direitos da Mulher realiza a notificação? Não seria uma tarefa apenas de órgãos vinculados diretamente ao sistema de saúde do município?

20 - Para você, quais têm sido os maiores desafios para a realização da notificação compulsória? Por quê?

21 - A notificação tem contribuído de alguma forma para qualificar a ação da gerência? Em que medida?

22 - Existe algum fórum no município que monitora a implantação da ficha de notificação da violência doméstica?

23 - Como se dá o processo de monitoramento da notificação compulsória pela Secretaria Municipal de Saúde (NUPREV)?

24 - Qual a importância da notificação dos casos de violência doméstica que chegam até a saúde?

25 - O município de Cariacica recebe recursos de outras esferas (governo federal e estadual) para a implantação da ficha de notificação? Se sim, você sabe qual o montante do recurso e onde está sendo aplicado?

26 - Quais as maiores dificuldades enfrentadas para a realização da notificação compulsória da violência doméstica e sexual contra a mulher no município de Cariacica?

27 - Quais são os desdobramentos da notificação?

28 - Existe algum fórum que avalia o processo de notificação em Cariacica? Se sim, quem participa e qual tem sido o seu papel?

29 - Na sua opinião, os profissionais que trabalham no atendimento direto aos usuários dos serviços de saúde sabem da importância da notificação?

30 - Você percebe mudanças no atendimento às mulheres vítimas de violência após a implantação da ficha de notificação de violência contra as mulheres?

31 - No que a notificação pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra mulheres em Cariacica?

32 - Qual a importância da notificação dos casos de violência e no que a ela pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra as mulheres em Cariacica?

APÊNDICE E - roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais de saúde – Pronto Atendimento de Itacibá.

- 1 - Em sua opinião, quais são as causas da violência doméstica contra as mulheres?
- 2 - Com o que vocês vivenciam no dia a dia no atendimento com os usuários do SUS, o que vocês têm a dizer da Violência doméstica contra as mulheres?
- 3 – Vocês receberam capacitação, na academia/faculdade ou fora dela, para atuar com vítimas de violência?
- 4 – Quem encaminha as mulheres para o Pronto Atendimento?
- 5 - Como as mulheres vítimas de violência chegam até os serviços de saúde? Quais os sintomas mais comuns apresentados por elas?
- 6 - No geral, as mulheres relatam a violência sofrida ou não falam nada a respeito?
- 7 - Que motivos têm a mulher para não relatar ou admitir ser vítima de violência doméstica?
- 8- O que é preciso para que o profissional de saúde perceba a situação de violência vivida por muitas mulheres que chegam até os serviços de saúde e que nem sempre relatam essa situação? É fácil perceber isso?
- 9 - Vocês tem conhecimento das políticas públicas destinadas à saúde da mulher? Se sim, como você as avalia?
- 10 - As políticas de saúde para assistir mulheres vítimas de violência doméstica se articulam com outras políticas públicas? Se sim, quais?
- 11 - O que a Saúde tem feito para intervir nessa problemática?

12 - Vocês conhecem os serviços que integram a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Vocês poderiam elencá-los?

13 - Como está a rede de atendimento às mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Ela está funcionando? Está bem articulada? Fale um pouco sobre esta rede.

14- Ao atender uma mulher vítima de violência vocês a encaminham para outros órgãos ou setores? Quais?

15 - Vocês tem o retorno desses órgãos os quais as mulheres foram encaminhadas?
(Se é feita a referência e contra referência dos casos atendidos no Pronto Atendimento)

16 - Vocês fazem o acompanhamento da mulher vítima de violência? Se sim, como é feito esse acompanhamento pelo setor saúde?

17 - Vocês conhecem a Lei 10.774 – Lei de Notificação Compulsória de Violência Contra a Mulher e o que diz essa Lei?

18 - Você recebeu algum treinamento a respeito da violência contra a mulher e de como manusear a ficha de notificação compulsória para realizar a notificação? Se sim, qual a importância desses treinamentos?

19 - Todos os casos de violência contra a mulher são notificados?

20 - Quais as maiores dificuldades que você encontra para fazer a notificação compulsória?

21 - Qual a importância da notificação dos casos de violência contra a mulher?

22 - No que a notificação pode contribuir para a redução ou enfrentamento da violência contra as mulheres em Cariacica?

23 - Em geral, entre os casos atendidos no PA, quantos são de violência doméstica?

APÊNDICE F - roteiro de entrevista semiestruturada para integrantes da Associação de Mulheres, para representantes do Fórum de Mulheres do Estado do Espírito Santo e para o Conselho Municipal da Mulher.

1- O que você tem a dizer da violência contra a mulher? Porque e como ocorre?

2-O que a Saúde tem feito para intervir nessa problemática?

3-Na sua opinião, a violência sofrida dentro de casa por muitas mulheres, provoca o adoecimento? Por quê?

4 - Na sua opinião, a violência sofrida dentro de casa por muitas mulheres, provoca o adoecimento? Por quê?

5- Você conhece as políticas públicas para atender mulheres vítima de violência?

6-Você percebe a articulação das políticas de saúde com as políticas de outras áreas para assistir as mulheres vítimas de violência?

7-Como se dá a divulgação dos serviços existentes para as mulheres vítimas de violência no município de Cariacica?

8-Você conhece a rede de atenção à mulher existente no município de Cariacica?

9-Quais são as atribuições (da Associação de Mulheres de Cariacica, do Fórum de Mulheres do Estado do Espírito Santo e do Conselho Municipal da Mulher)?

10-Existe alguma fiscalização dos órgãos de atendimento à mulher por parte da organização de mulheres? Se sim, como é fiscalizado?

11-Existe alguma divulgação dos serviços existentes para as mulheres vítimas de violência no município de Cariacica? Se sim, como é feita?

12- Qual a sua opinião sobre as políticas públicas existentes para assistir as mulheres vítimas de violência?

13-Você conhece a Lei Maria da Penha? O que você acha da Lei?

14-Você conhece a Lei 10.778/2003 (Lei de Notificação Compulsória de violência contra a mulher) e o que diz a Lei?

15-Você acha que nos últimos anos se tem avançado no que diz respeito ao cuidado com a saúde das mulheres vítimas de violência? Por quê?

16-Você consegue perceber alguma mudança dos profissionais de saúde ao atender mulheres vítimas de violência?

17-O que é preciso para que o profissional perceba a violência sofrida pela mulher sem que ela fale? De acordo com o atendimento realizado no serviço de saúde hoje, isso é possível?

18-Você acha que os direitos das mulheres estão sendo garantidos? Por quê? De que forma?

19- O que (a Associação de Mulheres de Cariacica, o Fórum de Mulheres do Estado do Espírito Santo e o Conselho Municipal da Mulher) tem feito para contribuir com o processo da notificação compulsória da violência doméstica e sexual contra mulheres em Cariacica?

20- Como você avalia as políticas de saúde para mulheres vítimas de violência, em especial a Notificação compulsória?

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: A relação saúde pública e violência doméstica: o processo de implementação da lei 10778/03 município de Cariacica.

Instituição envolvida na Pesquisa: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia/EMESCAM

Coordenadora da Pesquisa: prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos.

O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa convidar à participação na pesquisa intitulada “Investigando a Relação Saúde Pública e Violência Doméstica”. A pesquisa será realizada com profissionais e gestores da saúde que façam interface com a violência doméstica, com representantes da sociedade civil e do Estado do Espírito Santo que participam do Conselho estadual da Mulher e com organizações de mulheres de âmbito estadual, que atuam no enfrentamento a violência contra a mulher. Tem como objetivos: Investigar as iniciativas do Estado capixaba para responder às demandas apresentadas por mulheres que sofrem violência doméstica, a partir da aprovação da Lei 11.340 / 2006; Mapear as políticas de saúde destinadas à promoção da saúde da mulher no Espírito Santo, com foco especial nas políticas de saúde para o atendimento de mulheres em situação de violência doméstica; Investigar o processo de implementação da Lei 10.778/03 (Lei de Notificação Compulsória de Violência Doméstica) no Espírito Santo; Identificar o nível de compreensão de profissionais e gestores estaduais da saúde acerca da violência doméstica e do seu papel na prevenção e combate à violência doméstica; Obter a avaliação de integrantes do Conselho Estadual da Mulher (sociedade civil e Estado) e de organizações estaduais de mulheres acerca das iniciativas do estado capixaba na implementação de políticas de saúde de atendimento à mulher vítima de violência doméstica. Esta é uma pesquisa financiada pela FAPES e o conteúdo das entrevistas realizadas terá como finalidade levantar informações que possibilitem atender aos objetivos supracitados. As informações coletadas subsidiarão a elaboração dos relatórios parcial e final da pesquisa, bem como, poderá subsidiar a elaboração de artigos e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) dos alunos de graduação em Serviço Social e do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da EMESCAM.

São direitos garantidos pelo presente termo:

- a. garantia do sigilo quanto aos dados fornecidos pelos entrevistados que de alguma forma firmam a privacidade do/a participante;
- b. liberdade de desistência;
- c. acesso a esclarecimentos, a qualquer tempo, de informações contidas na pesquisa;
- d. direito de não responder questões da entrevista
- e. direito de solicitar que determinados trechos da entrevista não sejam publicados

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da EMESCAM

Qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá ser esclarecida junto aos pesquisadores responsáveis pela mesma. Questões relacionadas aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética da EMESCAM (27-33343586).

Eu, _____, portador(a) da identidade nº _____, declaro estar ciente deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido pelo pesquisador e, voluntariamente, concordo em colaborar para a

realização da pesquisa supracitada. Tendo ciência de que uma cópia deste termo ficará arquivado com os pesquisadores responsáveis pela mesma.

Vitória-ES. _____ de _____ de 2011.

Assinatura do entrevistado(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)

Parecer Consubstanciado de Projeto de Pesquisa

Protocolo N°: 105/2011	Data de Entrada:	Data do Parecer: 30/08/2011
-------------------------------	-------------------------	------------------------------------

Grupo da Área Temática (segundo a Folha de Rosto do MS): Grupo III: fora da área temática especial
--

Título do Projeto: Adequado A relação Saúde Pública e Violência Doméstica: o processo de implementação da Lei 10.778/03 no Município de Cariacica.
Comentário:

Pesquisador Responsável: Luana Zamprogno

<p>Sumário e objetivos do Projeto: Projeto de pesquisa de curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local. A pesquisa conta com Financiamento da Fapes - Fundação de Amparo a pesquisa no Espírito Santo.</p> <p>Pesquisa é qualitativa e será realizada com os Gestores municipais de políticas públicas de saúde para as mulheres, profissionais de saúde responsáveis pela implementação da notificação compulsória no município de Cariacica; integrantes do conselho municipal de saúde, integrantes do conselho municipal da mulher e organizações estaduais e municipais de mulheres.</p> <p>Serão usados os seguintes instrumentos de coleta de dados :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pesquisa documental; - pesquisa bibliográfica; - entrevistas semi-estruturadas (30 sujeitos) <p>OBJETIVOS: Geral: Investigar o processo de implementação da Lei 10.778/03 (Lei de Notificação Compulsória de Violência Doméstica) no Município de Cariacica.</p> <p>Específicos: -Elencar as iniciativas do poder público local - em parceria com o governo estadual para responder às demandas apresentadas por mulheres que sofrem violência doméstica, a partir da aprovação da Lei 10.778/03 no município de Cariacica. - Resgatar, historicamente, o processo de implementação da notificação compulsória no município de Cariacica. - Identificar os desafios e as potencialidades enfrentadas pela Vigilância Epidemiológica no município de Cariacica para a implementação da Lei de Notificação Compulsória de Violência Doméstica. - Identificar o nível de compreensão de profissionais e gestores da saúde acerca da violência e da sua responsabilidade no processo da notificação compulsória dos casos de violência doméstica.</p>
--

Autores, Local e Condições da Pesquisa	Parecer
1. Autores	Adequados
2. Local da instituição de origem	Emescam
a) Projeto elaborado por patrocinador	Não
b) Projeto aprovado no país de origem	Não necessita
3. Local de realização da maior parte da pesquisa	Outro (citar no comentário)
4. Condições de realização da pesquisa	Adequadas
Comentários sobre os itens acima:	
Item 3 - a coleta de dados (pesquisa empírica) será realizada nas instituições dos sujeitos da pesquisa	


 Paulo Augusto Sessa
 Coordenador
 do Comitê de Ética em Pesquisa
 EMESCAM



Introdução (justificativa): Adequada
Comentário:

Objetivos geral e específicos: Adequada
Comentário:

Sujeitos da pesquisa, métodos utilizados e aspectos éticos	Parecer
1. Delineamento experimental	Adequado
2. Tamanho e cálculo da amostra	Adequado
3. Seleção equitativa dos sujeitos da pesquisa	Não se aplica
4. Sujeitos da pesquisa pertencentes a grupos especiais	Sim (está correto na folha de rosto do MS)
5. Critérios de inclusão e exclusão	Adequado
6. Relação risco-benefício	Não se aplica
7. Monitoramento da segurança e dos dados	Adequado
8. Avaliação bioestatística dos dados	Qualitativa
Comentários sobre os itens acima:	

Cronograma de execução do projeto de pesquisa	Adequado
Comentário:	

Fontes de financiamento do projeto	Agência de Fomento Municipal
Comentário:	FAPES - Fundação de Amparo a Pesquisa no Espírito Santo

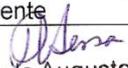
Referências Bibliográficas (citadas e listadas)	Adequado
Comentários:	

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	Adequado
Comentário (linguagem, garantias do sujeito da pesquisa, dados sujeito/pesquisador/CEP, etc):	

Autorização de consulta do arquivo (estudo retrospectivo)	Não se aplica
Comentário:	

Comentários Gerais sobre o Projeto
<p>Projeto relevante, bem formulado.</p> <p>A pesquisa será baseada em uma análise de gestão de políticas públicas - sendo os sujeitos gestores, coordenadores ou militantes da temática de gênero. A pesquisa não oferece riscos e nem implicações éticas previstas na Resolução 196/96 ao sujeito que irá participar. A avaliação é que a pesquisa não é procedente, ou seja, não necessitaria de ser analisada pelo Comitê de Ética.</p>

Recomendação do Colegiado do CEP após Parecer do(s) Revisor(es) Ad hoc
Não Procedente


 Paulo Augusto Sessa
 Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa

Procedimento a Seguir

ANEXO B – Carta de Anuência



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

Carta de Anuência

Atesto para os devidos fins que a Luana Zamprogno, mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) terá acesso ao nosso banco de dados e aos profissionais que atuam, direta e indiretamente, na Vigilância Epidemiológica de Cariacica, em especial ao Núcleo de Prevenção à Violência para realização de sua pesquisa “A Relação Saúde Pública e Violência Doméstica: O Processo de Implementação da Lei 10.778/2003 no município de Cariacica”.

Denise Carramannos
Gerente de Vigilância Epidemiológica

DENISE CARRAMANNOS LEIT.
 PREFEITURA DE CARIACICA
 SEMUS / GVE
 Gerente - Mat: 8407

Avenida Brasil, nº38 – Jardim América, Cariacica-ES.
CEP: 29.140-490
Tel: (27) 3346-6503/ Fax: (27) 3346-6528
Correio Eletrônico: semus@cariacica.es.gov.br

PREFEITURA
CARIACICA
 A GENTE NÃO PARA DE CRESCER

ANEXO C - Carta de Autorização

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição esta ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa intitulado "A relação saúde pública e violência doméstica: o processo de implementação da Lei 10.778/2003 no município de Cariacica" , e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.



DENISE CARRAMANHOS LEITE
PREFEITURA DE CARIACICA
SEMUS / GVE
Gerente - Mat. 84096

ANEXO C - Ficha de Notificação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		3 Data da notificação			
	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento			
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional/ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 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 a 8ª série incompleta do EF (antigo ginsásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginsásio 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		Código (IBGE)	19 Distrito	
	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 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares					
	31 Ocupação					
	32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
34 Possui algum tipo de deficiência/transstorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno? 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/Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento				
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência		Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3		
	44 Geo campo 4		45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	
	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado			
	49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espôncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outro		
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Outros			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal		
Violência Sexual	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei					
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros					
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 04 - Fratura 07 - Traumatismo crânio-encefálico 10 - Queimadura 02 - Corte/perfuração/laceração 05 - Amputação 08 - Politraumatismo 11 - Outros 03 - Entorse/luxação 06 - Traumatismo dentário 09 - Intoxicação 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 04 - Coluna/medula 07 - Quadril/pelve 10 - Órgãos genitais/ânus 02 - Pescoço 05 - Tórax/dorso 08 - Membros superiores 11 - Múltiplos órgãos/regiões 03 - Boca/dentes 06 - Abdome 09 - Membros inferiores 88 - Não se aplica 99 - Ignorado					
Dados do provável autor da agressão	59 Número de envolvidos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
	61 Sexo do provável autor da agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Evolução e encaminhamento	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros					
	65 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado		67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX	
	68 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo		69 Evolução do caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 3 - Óbito por Violência 2 - Evasão / Fuga 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		70 Se óbito por violência, data _____/_____/_____ 71 Data de encerramento _____/_____/_____ _____/_____/_____	
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
Observações Adicionais:						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180		Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100		
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências		Sinan NET		SVS 1007/2008		