

“Cê vai se arrepender de levantar a mão pra mim”¹: análise da (sub) notificação de violências de gênero na VI Geres/PE.

Larissa Keyla Ferreira Canel

Luiz Henrique Braúna Lopes de Souza

Andrezza Gonçalves de Sousa

RESUMO

Neste artigo propomos analisar os índices de notificação ou subnotificação de violências de gênero na VI GERES, através de um estudo do tipo exploratório e descritivo a fim de avaliar o quantitativo de notificação compulsória dos casos de violência doméstica contra mulheres na VI GERES. Para tanto, temos como base as informações dos dados tabulados no Tabetnet relacionados aos dados do Boletim anual por municípios da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco, no período de 2013 e 2014. Concluímos que, apesar de um fomento na discussão de políticas públicas para as mulheres e consequente melhoria na qualidade de vida destas, essas melhorias têm sido focalizadas nas capitais enquanto nos interiores ainda há muito no que se avançar para pôr fim aos contextos de sucateamento institucionais e as situações de violência vivenciadas pelas mulheres, assim como, ao elevado número de subnotificação da violência, e desatualização dos dados do SINAN.

ABSTRACT

In this article we propose to analyze the rates of notification or underreporting of gender violence in VI GERES, through an exploratory and descriptive study to evaluate the amount of compulsory notification of cases of domestic violence against women in VI GERES. In order to do so, we have as basis the information of data tabulated in Tabetnet related to the data of the Annual Bulletin by municipalities of the Secretariat of Social Defense of the State of Pernambuco, in the period of 2013 and 2014. We conclude that, despite an encouragement in the discussion of public policies for women and consequent improvement in their quality of life, these improvements have been focused on capital while in the interior there is still a long way to go to put an end to the contexts of institutional scrapping and the situations of violence experienced by women, high number of underreporting of violence, and outdated SINAN data.

¹ Referência a música ‘Maria da Vila Matilde’ (Elza Soares)

INTRODUÇÃO

Etimologicamente a palavra violência tem origens latinas e “Vis” significa força e conota constrangimento e superioridade física sobre outrem (MINAYO, 2006). Portanto, pode ser definida como um fenômeno histórico e socialmente construído pelo uso da força e da coerção, isto é, uma relação que supõe a outrem algum tipo de dano, seja este partícipe de uma categoria social ou classe, gênero ou etnia, envolvendo multidimensões: físicas e corporais, materiais e simbólicas. É originada em relações de dominação e submissão, em um contexto societário desigual e excludente (MINAYO, 2006).

Nesse sentido, podemos afirmar que a temática da violência é complexa e representa risco à vida humana, quer seja pela expressão do uso da força, coerção e dominação, quer seja por gerar alienação, danos físicos, morais, culturais entre pessoas, povos e nações (MINAYO, 2005).

Por ser a violência considerada um ato humano que ocorre nas relações sociais, não caberia que o fenômeno fosse compreendido como um problema de saúde pública. Mas, por se expressar com magnitude e gravidade, gerando alto impacto sobre o processo de adoecimento e mortalidade da população, repercutindo na diminuição da expectativa e da qualidade de vida, a violência entrou na agenda da saúde pública.

Esse fenômeno se configura como um dos principais desafios das políticas sociais na realidade brasileira atual, portanto, é necessário refletir sobre seus indicadores, taxas, padrão de eventos e custos nos serviços da rede de atenção socioassistencial e de saúde, bem como na qualificação e formação dos profissionais do sistema público de saúde.

Sendo assim, quando a discussão sobre violência foi inserida na pauta da saúde pública, esta recebeu novas dimensões e, ao ser divulgada como tal, exigiu-se um envolvimento de diferentes setores e estratégias para o seu enfrentamento, como a elaboração de políticas públicas, de planos, de estratégias de ação, dentre outros mecanismos que trabalhem a prevenção e proteção.

A partir deste reconhecimento, o Ministério da Saúde, em 2001, outorgou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (portaria MS/GM 737 de 16/05/01), a qual estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais voltadas para a promoção da saúde e prevenção da violência e acidentes, a fim de alcançar a qualidade de vida através de medidas intersetoriais. Configurando-se um marco da inclusão da violência na agenda nacional da saúde, com legitimidade nacional e aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIB e do Conselho Nacional de Saúde - CNS, através da Resolução nº 309, de 08 de março de 2001.

Nessa direção, pretendemos com este estudo fazer uma discussão sobre a notificação de violências de gênero nos espaços de saúde, portanto, compreendemos que cabe aqui definirmos o que concebemos como violência de gênero.

Para falarmos em violência de gênero, primeiramente, precisamos abordar o conceito de gênero. Este, diferentemente do conceito de sexo que prevê os papéis sociais como determinações biológicas, compreende os papéis como construções sociais do masculino e do feminino. O conceito de gênero surgiu na década de 1960, a partir de uma necessidade do

movimento feminista de ter arcabouços teóricos que auxiliassem na discussão da condição das mulheres e do seu papel de subordinação na sociedade.

Joan Scott (1989) apresenta, em seu artigo “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, várias questões sobre este conceito, a partir de uma análise esmiuçada das relações de poder, relações essas que hierarquizam homens e mulheres ao longo da história. Orienta-nos a pensar as relações em suas várias nuances, e não como algo estático, mas pensar que essas relações são construídas socialmente, rejeitando o determinismo biológico, tal qual o binarismo de gênero.

Assim, de acordo com a autora, “gênero é uma forma primeira de significar às relações de poder” (SCOTT 1989, p. 21). Isto é, em diversos reinados, cidades-estados e sociedades, ao longo de ascensões e declínios, as diferenciações entre gêneros, de forma tácita, foram elaboradas e impostas para justificar relações de poder e a concentração deste em uma unanimidade masculina.

Por isso falamos em violência de gênero, pois é o aparato social construído a partir do sexo biológico que perpetua, determina e exagera diferenças biológicas, ou seja, por mais que haja diferenças biológicas, elas são estrategicamente exacerbadas para controle e reprodução de padrões. Não são as diferenças anatômicas e biológicas em si mesmas, mas sim o que se constrói socialmente em cima destas e o que se atribui como ‘femininas’ e ‘masculinas’ é que vêm perpetuando as violências de gênero.

Dessa maneira, reforçamos que compreendemos a violência de gênero como as relações de subordinação entre homens e mulheres, a subjugação da mulher ao seu parceiro, que pode se apresentar na forma sexual, psicológica, física, emocional e social (Minayo, 2006), tendo como perspectiva teórica para nossa discussão o conceito de gênero de Scott (1989) supracitado.

Em virtude disso, é importante explicitar a diferenciação dos tipos de violência presentes no artigo 7º da Lei 11.340 (Lei Maria da Penha):

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

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

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

IV - A violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Enfatizamos que, para enfrentar a violência de gênero, é necessária a união de vários setores, pois a sociedade baseada nos fundamentos patriarcais subordina as mulheres aos

homens gerando, por vezes, uma cultura de violência de gênero. Não obstante, através da organização, mobilização e luta, o movimento feminista conseguiu dar visibilidade à questão da violência doméstica contra as mulheres.

No Brasil, atualmente, tem-se avançado no que tange a esta problemática e, umas das expressões dessas conquistas são expressas nas legislações promulgadas em defesa das vítimas, tais como: Lei Maria da Penha, a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003; Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014, Portaria interministerial nº- 288, de 25 de março de 2015, e a mais recente, Lei 13.104/2015, que prevê o feminicídio e o inclui no rol de crimes hediondos; entre outros programa e pactos, como o Pacto Nacional de Enfrentamento a Violência Contra as Mulheres de 2007 e o Programa Mulher: viver sem violência e a Norma Técnica – Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Nesse sentido, a fim de monitorar as denúncias de violência de gênero acolhidas pelos serviços de saúde, o Ministério de Saúde formalizou a notificação destes agravos com a implantação da Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências com entrada no Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN. A Ficha de Notificação é um instrumento com a finalidade de construir um relato sobre o ato de violência, gerando informações claras e compreensivas às autoridades de saúde e demais órgãos competentes. As informações geradas pelo ato de notificar contribuem para o atendimento e proteção às

vítimas e para o planejamento de políticas públicas que visam combater o fenômeno da violência.

Vale ressaltar aqui que a obrigatoriedade da notificação surgiu com a Portaria MS/GM 737 de 2001, no entanto, somente em 2006 que o Estado brasileiro reconheceu a violência de gênero como uma problemática complexa e multifacetada, que necessita de uma atenção e legislação específica. Portanto, essa portaria contribui para tornar cada vez mais pública a discussão em torno da realidade de milhares de mulheres.

Desse modo, esse estudo tem como proposta compreender, de maneira mais aprofundada, os índices de notificação de violência de gênero na VI GERES – Gerência Regional de Saúde, através do SINAN, buscando compreender se há ou não subnotificação do agravo na saúde, utilizando de subsídio os dados da Secretaria de Defesa Social - SDS.

MÉTODOS

A pesquisa tem como lócus, como já apresentado, a VI Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco. Esta, por sua vez, abrange 13 municípios do Sertão Pernambucano, sendo o seu município sede Arcoverde. O Município, conhecido como “a porteira do Sertão”, está localizado na caatinga, e só passou a ser designado em 1943, em homenagem a D. Joaquim Arcoverde Albuquerque Cavalcanti, 1º Cardeal do Brasil e da América Latina (IBGE, 2013).

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois de acordo com Minayo (2001) é um estudo que procura refletir sobre aspectos da pesquisa que não são mensurados em números, ou melhor, busca ir mais a fundo na compreensão dos processos e fenômenos.

Esta pesquisa tem como ponto de partida e motivação as experiências vivenciadas na vigilância epidemiológica da VI GERES, mais especificamente com o SINAN, ao longo da Residência em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de redes. Além das vivências anteriores com movimentos feministas durante a graduação em Serviço Social, elementos que permitiram olhar com maior sutileza para temática e contribuir com maior intensidade e crítica para a situação de violência de gênero na VI GERES.

Em 2011, a partir do Plano Diretor de Regionalização do Estado de Pernambuco, documento basilar para o processo e consolidação da regionalização e descentralização do SUS – Sistema Único de Saúde, foi definido que a região de saúde se configura como um:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2011, p. 6).

Nesse sentido, por meio deste documento, em 19 de setembro de 2011, na CIB foi aprovada a nova conformação territorial da saúde que dividiu o Estado de Pernambuco em 12 regiões de saúde. Dentre elas, a VI Regional de Saúde, lócus desta pesquisa. A VI Geres é constituída pelos 13 municípios do Sertão do Moxotó: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Sertânia, Tacaratu, Tupanatinga, Venturosa. Todos eles têm a Gerência como ponto de apoio no planejamento e monitoramento das ações. A regional está dividida em 06 setores, são eles: Regulação e Planejamento, Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Administração, Farmácia e PNI (Programa Nacional de Imunizações).

A Vigilância em Saúde é um dos setores que conta com maior quantidade de técnicos da Regional, o que lhes possibilita uma maior estrutura. É integrada pela vigilância sanitária, vigilância ambiental e vigilância epidemiológica. Cada uma com funções, ações e competências próprias. A vigilância epidemiológica tem como principais funções:

Coleta de dados, processamento dos dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, recomendação das medidas de controle apropriadas, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes. Todas essas ações são desencadeadas a partir de uma notificação compulsória (BRASIL, 2009, p. 18).

A Notificação Compulsória, portanto, é o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica, pois a partir da notificação se desencadeia o processo de informação e ação. Dessa forma, o SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2016).

As informações, dados alimentados e coletados, são tabulados pelo Tabnet² e estão disponibilizados através do site do DATASUS³, fonte dos dados que foram utilizados nesta pesquisa. A entrada dessas informações no SINAN é realizada por meio da utilização de alguns formulários padronizados, neste caso, a Ficha Individual de Notificação - FIN, que é preenchida para cada paciente em situações de suspeita ou confirmação da ocorrência de agravo de saúde de notificação compulsória ou em circunstâncias de interesse nacional, estadual ou municipal. A ficha, após preenchimento nos serviços de saúde, é encaminhada para a vigilância epidemiológica. Como podemos observar na figura 01 abaixo:

² Trata-se de um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde.

³<http://datasus.saude.gov.br/>

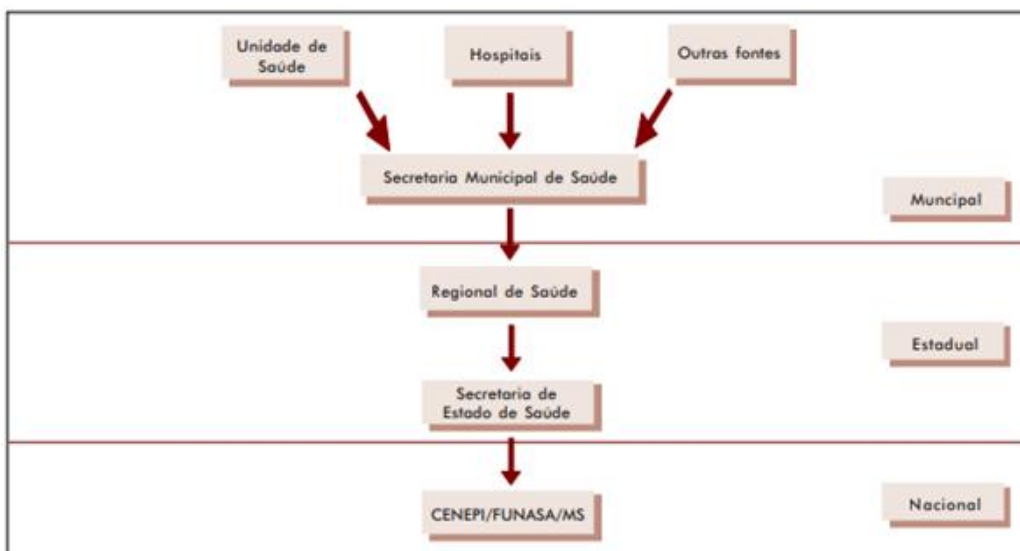


Figura 01: Fonte Guia de Vigilância Epidemiológica (2002)

Como vemos na figura, as unidades de saúde, os hospitais e demais fontes da rede encaminham as notificações para a Secretaria Municipal. Em seguida, a Secretaria Municipal encaminha para as regionais de saúde e estas encaminham para as Secretaria Estadual que, por fim, encaminham para o Ministério da Saúde.

A ficha de notificação foi construída de forma democrática e participativa entre o Ministério Público, estudiosos e profissionais das três esferas do SUS, bem como com a colaboração de universidades e instituições não-governamentais.

Sendo assim, mais especificamente, a ficha, em sua versão 2014, é dividida em dez etapas para preenchimento, como veremos na tabela a seguir:

Bloco I	Dados gerais
Bloco II	Notificação individual
Bloco III	Dados de residência
Bloco IV	Dados da pessoa atendida
Bloco V	Dados da ocorrência

Bloco VI	Tipologia da violência
Bloco VII	Violência sexual só é preenchida se for caso de lesão sexual.
Bloco VIII	Dados do provável autor da agressão
Bloco IX	Evolução e encaminhamento
Bloco X	Observações

Tabela 01: Etapas da Ficha de Notificação.

Assim, apresentando-a mais detalhadamente, temos: o Bloco I, onde se identifica a unidade de saúde notificadora, o Município, a data da notificação e da ocorrência de violência; o Bloco II, que traz dados essenciais para a identificação da vítima e qualificação da mesma; o Bloco III no qual se especifica o local de moradia da pessoa atendida; o bloco IV, onde é possível identificar a ocupação, o estado civil, a idade, raça/etnia, orientação sexual e a presença de alguma deficiência.

Ademais, no Bloco V são especificadas a recorrência da violência, o local e se foi auto infligida; o Bloco VI, se revela o tipo de violência e o meio de agressão (arma branca, arma de fogo, objeto contundente). Quanto ao Bloco VIII, este possibilita a identificação do número de envolvidos e a relação com a vítima; no Bloco IX encontram-se especificadas a evolução do caso e o encaminhamento tomado pela fonte notificadora; e por fim, no Bloco X há um espaço passível de preenchimento para dados observados e considerados importantes para o caso.

Ainda sobre a Ficha, ressaltamos ser de relevância saber que:

A Ficha de Notificação deverá ser impressa em duas vias pré-numeradas. A primeira via deverá ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada, e a segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde (...) A importância na utilização de fichas de notificação pré-numeradas consiste em evitar que haja sobreposição de fichas de notificação de dois casos distintos, que tenham os mesmos campos-chave identificadores do registro no sistema (mesmo número, data de notificação, município de notificação e agravo). (BRASIL, 2007, p.12)

O fluxo, de maneira geral, propõe que as fichas individuais de notificação sejam preenchidas pelos profissionais de saúde nas unidades assistenciais, enviando-as para o serviço municipal de vigilância epidemiológica para desencadear as medidas de controle necessárias. Além de desencadear as medidas, o município digita e envia os dados em meio magnético para as regionais de saúde. O andamento avança para as secretarias estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

Nas situações de violência sexual, até 72 horas após a agressão – com o intuito de agilizar o atendimento à vítima e seu acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas preconizadas – a ficha é preenchida e a notificação é imediata através do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde de Pernambuco - CIEVS/ PE, em seguida, segue o fluxo das demais notificações de violência.

Por isso, enfatizamos a importância de um atendimento e escuta atenta aos fatos relatados pela vítima, pois após aquele preenchimento a ficha será encaminhada para outro local que não teve contato direto com a vítima, mas poderá compreender o contexto que a está inserida.

Nesse sentido, este estudo é do tipo exploratório e descritivo, e tem como finalidade analisar a notificação compulsória dos casos de violência doméstica contra as mulheres na VI Geres. Para tanto, temos como base para as informações da saúde do banco de dados tabulados no tabwin do SINAN, e como suporte os dados do Boletim anual por municípios da Secretaria de Defesa Social do Estado de Pernambuco, no período de 2013-2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde, em 2009, implantou a notificação de violências no SINAN de maneira universal, contínua e compulsória, em situações de suspeita ou confirmação de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos (WASILFISZ, 2015).

Tal normativa vem para reafirmar a compulsoriedade da notificação e a necessidade de resguardo para proteger as mulheres vítimas de violência e os funcionários que notificam da Lei nº 10.778⁴, de 24 de novembro de 2003, que garante sigilo, cabendo às autoridades sanitárias respeitá-la. Saliba et al (2007, p.474) esclarece que a Lei

[...] obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais).

Desde a criação da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, em 2006, a central recebeu 5.378.774 ligações até junho de 2016, “auxiliando mulheres de todo o país no processo de enfrentamento da violência de gênero⁵” (BRASIL, 2016).

Só no primeiro semestre de 2016 foram registrados 555.634 atendimentos, sendo que 67.962 desses atendimentos foram sobre relatos de violências registrados na Central de Atendimento à Mulher entre janeiro e junho de 2016, 86,4 % se referiram a situações de violência previstas na Lei Maria da Penha. Os tipos de violência relatados correspondem a 34.703 (51,06%) atendimentos de violência física, 21.137 (31,10%) de violência psicológica, 4.421 (6,51%) correspondem à violência moral, 3.301 (4,86%) cárcere privado; 2.921 (4,30%) violência sexual, 1.313 (1,93%) violência patrimonial; e 166 (0,24%) ao tráfico de mulheres (BRASIL, 2016)⁶.

Outro dado importante coletado no Balanço 180 é que:

⁴BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

⁵ _____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Balanço 1º Semestre de 2016. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017

⁶ Dados referentes ao balanço 180 divulgado pela Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180

Apesar de a principal denunciante ser a própria vítima (67,89%), houve aumento de 93% de registro de relatos de violência realizados por outras pessoas (vizinhos, parentes, amigos) quando comparado com o 1º semestre de 2015. Esses dados parecem apontar para um maior envolvimento e sensibilização social de todas e todos na tolerância zero à violência contra as mulheres.

Os números acima mostram que as mulheres vítimas de violência têm buscado se inteirar dos seus direitos, conseqüentemente estão acessando-os e denunciando as situações de violência. Os dados nos revelam também o quanto as pessoas podem estar cada vez mais informadas sobre a legislação e os direitos femininos, elementos fundantes para impulsionar mudanças culturais em que a compreensão de que violência não deve permanecer dentro do ambiente privado e que o medo de denunciar seja superado.

Abaixo os dados em que nos baseamos para responder ao problema essencial desta pesquisa,

FREQUÊNCIA POR ANO SINTOMA SEGUNDO REGIÃO DE SAÚDE (CIR) DE NOTIFICAÇÃO

(Fonte de dados: DATASUS/SINAN)

GERES	2013	2014	TOTAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA	172	182	354
ARCOVERDE	228	194	422
CARUARU	789	687	1.476
GARANHUNS	147	221	368
GOIANA	119	92	211
LIMOEIRO	448	571	1.019
OURICURI	455	401	856
PALMARES	36	48	84
PETROLINA	1.416	1.358	2.774
RECIFE	5.776	4.318	10.094
SALGUEIRO	112	122	234
SERRA TALHADA	204	232	436
TOTAL	9.902	8.426	18.328

A partir dos dados podemos inferir que a VI GERES possui números mais elevados que algumas regionais com populações superiores, como o caso da V GERES (Garanhuns),

que abarca 21 municípios, e abrange uma população de 534.793 habitantes, enquanto a VI Regional abrange 13 municípios e tem uma população de 408.604. Os dados de notificação da VI GERES são superiores também aos da III GERES (Palmares) com uma população de 604.678 habitantes e 22 municípios, X GERES (Afogados da Ingazeira) 187.244 habitantes e 12 municípios, XII GERES (Goiana) 311.887 hab. e 10 municípios; VII GERES (Salgueiro) 144.983 hab. e 7 municípios.

Ao acessar os dados do SINAN referentes a VI Regional de Saúde, no período equivalente de 2013 e 2014⁷, percebemos que os dados disponibilizados em domínio público chegam com *delay* considerável o que, por vezes, dificulta a compreensão e análise desses dados. Acreditamos que isto seja reflexo do processamento de dados, que vimos anteriormente, onde a informação de saúde é encaminhada para as diversas instâncias.

Além disso, as notificações realizadas pelos serviços parecem não ter nenhuma repercussão aparentando ter como única função a contagem e levantamento dos casos, haja vista que as usuárias de saúde além de realizar a notificação devem também recorrer à delegacia, elementos que devem ser levados em consideração como atenuantes para o descrédito aos serviços de saúde frente aos casos de violência.

A seguir dados referentes aos levantamentos mensais e anuais de violência doméstica e familiar do sexo feminino da SDS, dos anos de 2013 e 2014; e os dados de violência doméstica dos 13 municípios da VI Regional de Saúde – Arcoverde

NÚMEROS DE VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR DO SEXO FEMININO EM PERNAMBUCO POR MUNICÍPIO (Fonte dos dados: SDS)

MUNICÍPIO	2013	2014	TOTAL
ARCOVERDE	264	252	516
BUIQUE	93	106	199
CUSTODIA	149	166	315
BIMIRIM	81	77	158
INAJA	17	23	40
JATOBA	76	47	123

⁷ Os dados mais recentes que podem ser acessados no SINAN através do DATASUS

PETROLANDIA	136	147	283
PEDRA	72	98	170
SERTANIA	102	139	241
TACARATU	24	72	96
TUPANATINGA	31	67	98
VENTUROSA	46	50	96
MANARI	23	13	36
TOTAL	1114	1257	2371

FREQUÊNCIA POR ANO 1º SINTOMAS SEGUNDO MUNICÍPIO DE NOTIFICAÇÃO

(Fonte dos dados: DATASUS/ SINAN)

MUNICÍPIO	2013	2014	TOTAL
ARCOVERDE	201	174	375
BUIQUE	1	1	2
CUSTÓDIA	9	5	14
IBIMIRIM	-	4	4
MANARI	-	1	1
SERTÂNIA	17	6	23
TUPANATINGA	-	3	3
TOTAL	228	194	422

No processo de levantamento dos dados no SINAN, colocamos alguns filtros, a fim de esmiuçar as informações notificadas, como: Local de ocorrência da Violência, Faixa etária, Encaminhamento ambulatorial, Tipo da Violência.

Quanto ao local de ocorrência nos municípios de notificação da VI GERES, 50% das violências doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas em serviços de saúde da região apontam o lar como o local de ocorrência da agressão, isto é, o ambiente que deveria ser acolhedor e de proteção é o espaço em que as mulheres estão mais vulneráveis.

Safiotti (2004), nestes termos, elucida e diferencia a Violência de Gênero da Violência Urbana: “Diferentemente da violência urbana, a doméstica incide sempre sobre as mesmas vítimas, tornando-se habitual” (SAFFIOTTI, 2004, p.85). E, completamos que, além de incidir sobre as mesmas vítimas, a situação de violência é perpetrada por alguém afetivamente próximo.

Dessa forma, a autora concorda com Giffen (1994), Soares et al. (1996), apud Deslandes, Gomes e Silva, quando estes afirmam que esses casos de violência ocorrem com frequência na própria residência, uma vez que é facilitada pelo fato de a agressão ocorrer sem que outras pessoas interrompam e sob o discurso da legitimidade da privacidade do lar. Segundo Day et al., a concepção da ideia do lar constrói-se em uma perspectiva antagonista à ideia de lar como local de proteção para tornar-se um espaço ameaçador e sombrio, que facilita a ocorrência de comportamentos violentos.

Tais dados nos levam a refletir o quanto é adoecedora a nossa sociedade firmada em pilares patriarcais, que sujeitam e subordinam as mulheres a sua negação enquanto pessoas de direito em sua própria residência.

No que concerne a faixa etária, a mais atingida no Município de Arcoverde corresponde às mulheres entre 20-29 anos com 44,09%, ou seja, jovens mulheres. De acordo com Krug et al., a violência que acomete a juventude gera graves consequências tanto para a saúde pública, quanto para as jovens, famílias, comunidades e países, impactando negativamente no desenvolvimento psicossocial, devido as consequências físicas e psicológicas que são recorrentes na situação de violência.

No tocante a raça, a maioria se declara negra e parda, totalizando 97,2%, o que corrobora com dados do Mapa da Violência, 2015, no qual o número de homicídios contra mulheres brancas caiu de 1.747 vítimas, em 2003, para 1.576, em 2013. Em contrapartida, os homicídios de negras aumentaram 54,2% no respectivo período, aumentando de 1.864 para 2.875 vítimas. Em percentuais, significa dizer que, entre as mulheres brancas os índices caíram de 11,9%, enquanto o quantitativo de mulheres negras vitimizadas pela violência cresceu 19,5%.

Ainda que haja políticas públicas no combate à violência doméstica, no que se trata da vida das mulheres negras não têm demonstrado muita relevância para redução dos índices de

violência e garantia a proteção e direito à vida dessas mulheres. Sabemos que para compreender este cenário precisamos considerar as nuances do racismo, machismo e conservadorismo, e pensar nesse espectro particular que acomete e compromete a vida das mulheres negras (CARNEIRO,2017)

Em consonância, Waiselfisz (2015, p.29) no Mapa da Violência 2015, Homicídios de Mulheres no Brasil, aponta que:

Com poucas exceções geográficas, a população negra é vítima prioritária da violência homicida no País. As taxas de homicídio da população branca tendem, historicamente, a cair, enquanto aumentam as taxas de mortalidade entre os negros. Por esse motivo, nos últimos anos, o índice de vitimização da população negra cresceu de forma drástica.

Quanto ao tipo da violência, a maioria notificada foi violência física. No período de 2013 e 2014, do total de 422 violências notificadas 174 equivalem à violência física, das quais 146 foram realizadas em Arcoverde, 01 em Buíque, 08 em Custódia e 17 em Sertânia. Algumas explicações estão entre o fato de ser a mais perceptível quanto aos danos, pois são visíveis, e porque os outros tipos de violência ainda são ignorados pelas pessoas vitimizadas. O dado reforça a dificuldade dos profissionais e da própria mulher reconhecer que a violência física acontece atrelada a uma violência psicológica. Como bem coloca a OMS ao classificar que a violência contra as mulheres afeta profundamente não só a integridade física, mas também incide sobre a saúde mental das vítimas (KRUG et al, 2002).

Logo, percebemos que a violência física está entre o tipo de agressão mais rotineira que, segundo Narvaz e Koller(2006), acontecem em situações de (im)posição de poder de uma pessoa em relação a outra, a fim de provocar danos, quer seja recorrendo a força física ou objetos, armas que causem ou não lesões.

A respeito dos encaminhamentos ambulatoriais, das 174 notificações por agressão/violência física de mulheres, somente 21 foram encaminhadas para rede ambulatorial. Esse dado é preocupante, porque estas mulheres precisam de acompanhamento para que consigam superar os eventos de violência. Ademais, a Lei Maria da Penha prevê a

necessidade do encaminhamento e acompanhamento para elaboração e ressignificação da situação de violência. Sendo assim, é imprescindível que os profissionais da Rede conheçam bem os serviços disponíveis e socializar as informações para que essas mulheres possam acessá-los.

No que tange a rede de apoio as mulheres vitimizadas o fluxograma dos encaminhamentos de acordo com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (2007) deve seguir os seguintes procedimentos: a unidade de saúde que efetuou a notificação em duas vias faz o encaminhamento de acordo com as necessidades da vítima, podendo encaminhá-la ao Serviço Social, RAPS – Rede de Atenção Psicossocial e demais instituições de apoio. Entretanto, para ter valor de denúncia, a violência sofrida pela mulher precisa ser registrada pela vítima em Delegacia Especializada, quando houver, ou qualquer Delegacia de Polícia para dar seguimento aos encaminhamentos jurídicos.

Assim, com a padronização institucional de preenchimentos e encaminhamentos das notificações de eventos de violências, esperamos que as expressões das violências nas unidades de saúde sejam entendidas pelos profissionais como um fenômeno que deve ser pesquisado e encarado como relevante no atendimento às mulheres, além de esperarmos que o profissional de saúde conheça a rede socioassistencial para proceder ao encaminhamento da vítima e seus familiares.

No tocante aos equipamentos de proteção as mulheres, no município de Arcoverde foram inauguradas no dia 08 março de 2017 a Coordenadoria da Mulher, que oferta serviços com profissionais do Serviço Social, Psicologia e da Área Jurídica, objetivando ser local de acolhida, fortalecimento e empoderamento para as mulheres, a fim de efetivar a política de enfrentamento à violência doméstica, familiar e de gênero.

Dos dados do SINAN afere-se também que entre os municípios da VI Geres, Arcoverde aparece com maior índice de violência na regional, uma vez que também é o maior

município, com população de 73.667 habitantes. Já o 2º maior município da regional, Buíque, com população de 57.696 hab., aparece em 5º lugar na taxa de violência; o município com menor índice de violência é Manari que apresenta uma população de 21.047 habitantes, segundo dados do IBGE de população estimada para 2017.

O que nos leva a reflexão é que houve uma tímida diminuição da taxa de violência em Arcoverde e em mais 03 municípios da regional, enquanto em sua maioria houve um acentuado aumento. Deste modo, compreendemos que as ações de enfrentamento a violência contra mulher começaram a surtir efeito nas capitais, enquanto nos municípios menores houve uma ascendência, como mostra a tendência apontada por Wasilfisz:

Entre 2003 e 2013, se as taxas de homicídios femininos das UF's cresceram 8,8%, as das capitais caíram 5,8%, evidenciado um fenômeno já observado em mapas anteriores: a interiorização da violência, num processo em que os polos dinâmicos da violência letal se deslocam dos municípios de grande porte para municípios de porte médio (WASILFISZ, 2015, p. 19).

No tocante a interiorização da violência, analisamos que está atrelada a falta de estrutura que muitas vezes os municípios menores não possuem para o enfrentamento da violência, devido à falta de investimento em políticas públicas efetivas. Dados do Ligue 180 indicam que em 2016, 90,79% das usuárias eram da zona urbana, enquanto 9,21% da zona rural, o que demonstra como ainda temos que avançar em questões de regionalização/interiorização na efetivação e garantia dos direitos das mulheres.

Levando, então, em consideração a importância de não haver arrefecimento nas ações de combate à violência de gênero. Vale ressaltar que a VI GERES possui 13 municípios, no entanto na tabela só aparecem registros de 07, pois os outros 06 não possuem dados, estão zerados, de modo que o SINAN não contabiliza e os inclui, pois não foi gerado nenhuma informação. No entanto, vale ressaltar que isso não significa que não houve casos de violência, mas sim uma realidade do processo de subnotificação ou até mesmo inexistência de notificação dos casos ocorridos.

Compreendemos que a notificação compulsória de casos de violências contra mulheres nos serviços de saúde constitui um formulário de registro sistemático em situações de suspeita ou confirmação de violência. Segundo o Ministério da Saúde, a informação obtida pela saúde tem o objetivo de promover cuidados sociais e sanitários que visem à proteção das vítimas, uma vez que contribuem para o reconhecimento da dimensão epidemiológica do problema, possibilitando o desenvolvimento de ações específicas.

Nestes termos, é a partir do ato de notificar que se dá início ao processo de cessação da conduta violenta na família e por parte do agressor. Desta forma, ao disponibilizar um registro dos eventos de violência contra os grupos vulneráveis deste fenômeno, a notificação contribui para a execução de ações de promoção e prevenção da violência de acordo com as especificidades culturais e sociais das diversas regiões do país. Logo, a demanda exigiria a necessidade de haver um planejamento de preenchimento das fichas pelos profissionais de saúde tanto nas instituições públicas como nas privadas.

Apontamos que, apesar da importância do sistema de notificação individual, muitos obstáculos são encontrados para a implementação da ficha. Um deles versa sobre a não existência de um fluxo de informação que perpassa as Secretarias Municipais de Saúde sobre as iniciativas de implantação da ficha e chegue até os profissionais que estão na ponta dos serviços. Do mesmo modo, os profissionais apresentam resistências em notificar e informar ao núcleo central das secretarias, devido a morosidade da gestão em encaminhar as autoridades competentes e, desse modo, tendem a acreditar que não haverá retorno às famílias e às vítimas (BRASIL, 2002).

Neste sentido, evidenciamos a importância dos gestores da saúde na definição de estratégias para facilitar a prática da notificação nos serviços. Uma dessas estratégias é tornar o ato de notificar um procedimento rotineiro, intrínseco a todo profissional da saúde, através de espaços de sensibilização e capacitação sobre o tema, como proposto na Portaria 737. O

gestor deve oferecer condições de trabalho e qualificação profissional à equipe de saúde e para o diagnóstico, notificação e encaminhamentos dos problemas constatados. Além disso, deve informar que a notificação é consolidação de garantia de direito e não uma denúncia (BRASIL, 2002).

Para que o sistema funcione é importante firmar alianças e parcerias, acreditamos que assim, os encaminhamentos originados com a notificação tenham andamento, pois, o ato de notificar é só o primeiro passo para interromper a violência e, sem a condução devida, este acaba por se tornar uma obrigação que tem fim em si mesma. Tais parcerias podem ser internas ou externas, mas é necessário que existam as duas dentro do setor da saúde. Podem ser feitas entre hospitais de referências, instituições de proteção e defesa da vida, Organizações Não Governamentais (ONGs) que prestam serviços às vítimas de violência, entre outros.

Estranhamos a situação desses 06 municípios, que não possuem dados disponíveis no SINAN, principalmente, e merece destaque como um caso gritante de não notificação, uma vez que a violência é compreendida como um problema de saúde pública, ela vai ocasionar agravos a saúde da mulher que vivenciou e/ou vivencia tal fenômeno. Uma vez que a notificação da violência é um passo necessário para dar visibilidade ao fenômeno e suas especificidades locais, através dos dados, para que assim impulse estratégias de enfrentamento. Sem a notificação se instaura uma falsa ideia de que não há violência de gênero naquele município e se não há, não existe a necessidade de se pensar em mecanismos para lidar com a problemática.

Deste modo, destacamos a importância de trabalhar com educação permanente com as equipes de saúde para que possam identificar as situações de violências que se encontram sub-reptícias nos discursos dessas mulheres. Além disso, que possam superar os medos e perceber a importância do ato de notificar,

A partir da análise dos dados supramencionados podemos levantar algumas hipóteses que podem influenciar para a (sub) notificação. Em municípios de pequeno porte, a subnotificação pode estar relacionada, quer seja ao fato de os profissionais de saúde terem receio de se envolver nas situações de violência, ainda que não tenha intuito de denúncia a realização da notificação compulsória, quer seja pela falta de conhecimento para preenchimento da ficha, ausência de capacitações obrigatórias e permanentes.

Outros aspectos que podem influenciar são: a associação imediata a uma maior efetividade da denúncia e preenchimento do boletim de ocorrência diretamente na delegacia, além de os profissionais se sentirem mais protegidos institucionalmente falando, em contrapartida os profissionais de saúde estão o tempo todo expostos. São alguns dos aspectos que podem influenciar, bem como, a sobrecarga de trabalho/demandas aos profissionais, tendo em vista o quadro reduzido de profissionais em municípios de pequeno porte.

Ressaltamos que os atendimentos em curto espaço de tempo e pouco aprofundados geram dificuldades pela enorme demanda dos usuários e a reduzida quantidade de funcionários e pela falta de conhecimento do problema e do preenchimento da ficha. Ademais, alguns empecilhos são colocados por alguns profissionais que delegam a notificação a outro profissional, em particular, ao Assistente Social. Podemos citar também como causa da não notificação, questões éticas relacionadas à quebra do sigilo; precaução quanto à integridade da vítima e ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais, que afirmam ter medo de represálias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desta feita, reforçamos como a localidade, isto é, o sertão do nordeste brasileiro traça especificidades à violência doméstica na VI GERES, impondo condições de maior vulnerabilidade social a estas mulheres.

Haja vista que, como já apontamos, nas áreas mais afastadas das capitais, há uma escassez dos equipamentos institucionais previstos nas políticas de enfrentamento da violência, tanto pela ausência das delegacias especializadas quanto também pelo descaso e acuidade em cumprir a Lei Maria da Penha (e outras legislações pertinentes).

Além de tudo, o cenário perfaz-se por sucateadas estruturas das redes institucionais e locais, bem como a não divulgação das políticas públicas e direitos garantidos (Parry SCOTT, Ana RODRIGUES e Jeíza SARAIVA, apud SCOTT; Rosineide CORDEIRO e Marilda MENEZES, 2010). Sendo recorrentes situações em que os profissionais de saúde são pessoas conhecidas, ou possuem algum parentesco com a mulher/agressor, há questões também de conhecimentos políticos do agressor, e acima de tudo a dependência socioeconômica da vítima em relação ao agressor.

Neste contexto adverso, que as vítimas das situações de violências doméstica se deparam seja uma justificativa para o quantitativo reduzido de notificações, além das burocracias próprias ao processo. Ademais, o fato de só recorrerem aos hospitais em casos de violência física de alta gravidade, e que, ainda assim, imaginemos que muitas mulheres busquem ocultar os reais motivos das lesões pelos motivos elencados acima.

Cabe acrescentar que precisamos refletir quanto a um processo notório de subnotificação ou não notificação no que diz respeito a alguns municípios da VI Regional. Sendo importante nos atentarmos e questionarmos se estes dados realmente demonstram a realidade ou se há percalços que impedem uma maior apuração, que vão desde barreiras culturais como o silêncio, até a falta de estrutura.

Ainda assim, devemos salientar a valia do SINAN na visibilização da violência, tanto para se pensar na prevenção do agravo quanto na preparação, sensibilização e capacitação de profissionais que estão na atenção à saúde. Isto é, ainda que haja subnotificação, o SINAN permite uma maior compreensão da vítima e das situações de violência em si, de maneira mais detalhada e aprofundada, do que os dados disponibilizados pela SDS.

Tendo em vista que a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde é fundamental para que possam estar alertas aos sinais e sintomas das agressões e assim, consigam identificar os casos em que não houver a manifestação espontânea, através de uma abordagem integral nos atendimentos com perguntas diretas sobre as causas dos problemas, pois o setor de saúde acaba atuando nas queixas posteriores a episódios sucessivos de agressão, ou quando se trata de uma lesão física grave. O não relato da violência pode estar relacionado quer seja por medo/dependência do agressor, vergonha da situação ou até naturalização, e também por não (re) conhecer a importância do setor saúde no enfrentamento à violência. (PORTO; JÚNIOR; LIMA, 2014)

A pesquisa evidencia o quão imprescindível se faz o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas na Regional, como exemplo: assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de violência; e incentivo ao desenvolvimento de planos estaduais e municipais de prevenção da violência, a fim de impulsionar medidas relativas à promoção da saúde e à prevenção de violências.

No mais, essa conjuntura multifacetada nos indica a urgência de formas específicas de enfrentamento à violência doméstica nesses contextos, isto é, ações para fortalecimento e capacitação dos profissionais que atuam na prevenção e atenção à saúde nos municípios da regional. A fim de ampliar os serviços de enfrentamento e apoio as mulheres em situação de violência doméstica, e, ainda para elaboração de um plano de prevenção e enfrentamento da violência doméstica/ de gênero.

Por fim, ressaltamos a importância desse estudo e de mais estudos com essa abordagem para contribuir e incitar a reflexão sobre a violência de gênero e a notificação destas como um incentivo as instituições municipais/estatais da VI Regional para se esforçarem na garantia de melhorias e mudanças voltadas para este público.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS / GM nº. 737, de 16 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Brasília, , DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. – 7ª Edição – Brasília, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>.

Acessado em: 27 de março de 2018.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. **Balanco 1º Semestre de 2016**. Disponível

em: < http://www.spm.gov.br/balanco180_2016-3.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância

Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e**

rotinas – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto Nacional de**

Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília, DF, 2007.

_____. **Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF, 2003.

_____. **Lei nº 11.340, 07 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF, 2006.

MINAYO, MCS (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis:

Vozes, 2001.

MINAYO, MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Impactos da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Pernambuco. Secretaria de Saúde. Plano diretor de regionalização do SUS/PE. Recife: Secretaria de Saúde; 2011.

KRUG, EG. et al. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Brasília: OMS; Opas; UNDP; Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v 20, n 2, p. 71-99, jul./dez, 1995. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAner-o-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2018.

DAHLBERG, LL, KRUG, EG. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11(supl), p. 1163-1178, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500007&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 10 mar. 2018.

DESLANDES, SF. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, 16(1), p. 29-37, 2000.

DAY, VP, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **RevPsiquiatr**, 25(supl. 1), p. 9-21, RS, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1.pdf>>. Acesso em 06 mar. 2018.

NARVAZ, MG, KOOLLER, SH. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **RevPsico**, 37(1), p. 7-13, 2006.

WAISELFISZ, JJ. Instituto Sagari. Mapa da Violência 2015. Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso: 8 fev. 2018.

SCOTT, P, et al. Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais. In: SCOTT, P, et al. (Orgs.). **Gênero e Geração em Contextos Rurais**. Santa Catarina: Mulheres, p. 65-95, 2010.

CARNEIRO, S. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. Geledes, 2017. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2017/03/e-BOOK-MULHERES-NEGRAS-e-VIOL%C3%8ANCIA-DOM%C3%89STICA-decodificando-os-n%C3%BAmeros.pdf>> Acesso em: 09 de abr. de 2018.

PORTO, RTS, et al. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 24 [3], p. 787-807, Rio de Janeiro, 2014