

Violência, gênero e cor no Estado de São Paulo

Violence, gender and colour in the State of São Paulo

Cláudio Celso Monteiro Júnior¹

Resumo

O presente trabalho discute a importância do registro das notificações de casos de violência no Sistema Nacional de Informação em Saúde (SIS). Considera violência como definido pela Organização Mundial da Saúde: o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação, que em suas mais diversas manifestações vem sendo compreendida como impactantes no perfil socioepidemiológico da sociedade. A inclusão desses eventos no rol dos agravos à saúde passíveis de notificação compulsória permite a coleta sistemática e a consolidação de dados, possibilitando a proposição de considerações sobre a ocorrência dos atos de violência relacionando-os a variáveis que envolvem tanto as vítimas quanto os agressores. Com base nos dados para o Estado de São Paulo, realiza-se a reflexão sobre as notificações registradas de violência e as variáveis de gênero e de cor.

Palavras-chave: Agravos de Notificação Compulsória, Vigilância em Saúde, Violência e Raça/Cor

Abstract

This paper discusses the importance in the registration of violence case reports to the National Health Information System (SIS). Violence is defined by the World Health Organization as: either threat or real applying of physical force or power against oneself, another person, a group or community that results or might result in suffering, death, psychological harm, development harmed or deprivation, which has been understood as impacting on social and epidemiological profile in the society in its various manifestations. The inclusion of these events in the list of health problems subject to compulsory notification enables the systematic collection, data consolidation, and proposals for consideration of the occurrence of acts of violence relating them to variables, which involve both the victims and the perpetrators. Based on data for the State of São Paulo, it should be thought the reported cases of violence and the variables of gender and colour.

Keywords: Compulsory Notifiable Diseases Surveillance in Health, Violence and Race/Colour

¹ Cláudio Celso Monteiro Júnior (cmjunior@saude.sp.gov.br) é bacharel em Ciências Sociais, mestre em Ciências da Saúde, analista sociocultural da Secretaria de Estado da Saúde e coordenador do Núcleo de Vigilância em Violências e Acidentes da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac.

Introdução

A compreensão de que os atos de violência – em que pesem todas as reflexões que o termo possa suscitar – sejam configurados como agravos à saúde, individual ou coletiva vem sendo alvo de estudos e análises sociais e epidemiológicas, que concomitantemente refletem e subsidiam a formulação e a reformulação de políticas públicas de seu enfrentamento, com especial destaque no campo da saúde.

Tentar definir “violência” na ótica da Saúde Coletiva, ainda que se incorra no risco do reducionismo, torna-se fundamental diante do amplo desafio da incorporação nas ações de enfrentamento das consequências dos atos de violência no universo das políticas públicas em saúde. Dessa forma, a definição de violência proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴ – o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação – pode ser compreendida como o construto operacional angular na proposição dessas políticas.

Longe de se constituir como agente de catalisação na operacionalização das políticas propostas, essa incorporação demanda um repensar contínuo das inter-relações pessoais com a inerente triangulação: vítima(s), agressor(es) e serviços de saúde. As características dos atos de violência como agravos à saúde, quando comparados aos agravos “clássicos” (doenças provocadas por agentes patogênicos ou não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão), impõem aos profissionais de saúde a premência na reformulação dos paradigmas que vêm norteando as práticas em saúde, de forma processual, ainda que descontínua. Conforme Minayo e Souza⁹:

(...) entendemos que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural. Ele se impôs e assim o fez por muitos fatores. Em primeiro lugar, apresentou-se dentro dos limites dos conceitos biomédicos (...). A consideração do tema da violência nos diversos espaços do setor saúde, no Brasil, se fez de forma fragmentada e progressiva. Primeiro tomaram consciência do problema os epidemiologistas e os psiquiatras (p. 8).

A proposição de políticas públicas referentes ao enfrentamento da violência, no campo da legitimidade conferida pela legislação contemporânea, vem priori-

zando grupos socialmente tidos como mais vulneráveis quanto à concentração presumível de pessoas vivendo em situação de violência, como crianças e adolescentes, nos termos da lei federal n. 8.0694, de 13 de julho de 1990 ; idosos, referenciando-se neste caso a lei federal n. 1.07412 de 1º de outubro de 2003 ; e particularmente mulheres.

Os atos de violências contra mulheres, com destaque para a violência sexual, vêm sendo objeto de notificação compulsória desde 1998, com a publicação da *Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, havendo, ao longo desse período, diversos dispositivos institucionais que preveem a notificação compulsória desses atos: lei federal n. 10. 778¹, de 24 de novembro de 2003^{IV} ; portaria do Ministério da Saúde n. 2.406¹², de 5 de novembro de 2004^V; e finalmente a lei federal n. 11.340³, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha).

A paulatina e crescente complexidade dos fatores que envolvem os atos de violência doméstica, sexual e outras violências demandou a estruturação de ações efetivas de Vigilância Epidemiológica contra violências. Dessa forma,

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das violências e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), atendidos em unidades de urgência e emergência. No início, o VIVA Inquérito foi realizado anualmente (2006-2007) e, a partir, de 2007, passou a ser periódico (...) o VIVA Inquérito foi realizado no ano de 2011, em 25 capitais, no Distrito Federal e em 11 municípios selecionados, num total de 105 serviços de urgência e emergência¹³ (p. 23).

Atualmente, o VIVA é compreendido por dois componentes, uma vez que o VIVA Inquérito subsidiou a implantação de um sistema contínuo de notificação e investigação de casos individuais de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, associado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O advento da portaria MS n. 104/2011¹⁰, por sua vez, ao conferir compulsoriedade à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, estendeu a obrigatoriedade da notificação a todos os serviços de saúde. No estado de São Paulo, as articulações técnicas e institucionais quanto ao cumprimento das

determinações do Ministério da Saúde estão sob responsabilidade do Núcleo VIVA SP, da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac, da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde, o qual monitora os indicadores referentes aos acidentes e atos de violência definidos no âmbito estadual.

Implantada em todo o território por meio da portaria MS n. 104/2011¹², a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências é composta por 71 questões, que pretendem registrar não apenas a ocorrência em si e suas circunstâncias, mas também dados que busquem caracterizar socioepidemiologicamente tanto a vítima quanto o agressor. Tal é o caso da pergunta referente ao campo 13 da Ficha de Notificação/Investigação: Raça/Cor (da vítima). Neste particular, o SINAN ao prever em suas fichas de notificação a coleta do quesito “raça/cor”, segue o critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): registro do quesito por meio da autodeclaração mediante a apresentação, pelo profissional coletante à pessoa atendida, das categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorada.

O Manual Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências¹⁰ assim orienta a coleta do quesito raça/cor:

Raça/cor: preencher o quadrículo com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa atendida/vítima: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela ou oriental); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa atendida/vítima que se declarou morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considera-se nesta categoria a pessoa atendida/vítima que se declarou indígena ou índia). No caso da pessoa atendida/vítima que se declarou quilombola, anotar o nome do quilombo¹⁰ (p. 27).

A associação entre o processo saúde-doença e a condição étnica/cor do indivíduo tem sido considerada como um dos determinantes sociais do adoecimento, de acesso aos serviços de promoção, de atendimento e recuperação da saúde. Vem sendo objeto de análise por parte de epidemiologistas e cientistas sociais ao longo das últimas décadas. Segundo Lopes:

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. **No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade**⁷ (p. 2, sublinhado no original).

AA inclusão do registro do quesito raça/cor nas fichas integrantes do SINAN vem possibilitando o desenvolvimento de análises sociais e antropepidemiológicas reveladoras de aspectos importantes das maiores vulnerabilidades e riscos aos quais determinados grupos “étnicos” podem estar sujeitos, ainda que tais riscos associem-se intrinsecamente às condições de vida das classes sociais nas quais eles estejam inseridos. A discriminação histórica a que estão sujeitos indivíduos socialmente considerados “pretos”, “pardos” ou “indígenas” pode interferir nos indicadores de saúde, inclusive nos relativos aos agravos de notificação compulsória.

Breve histórico da coleta do quesito raça/cor

O primeiro censo demográfico realizado no Brasil, em O primeiro censo demográfico realizado no Brasil, em 1872, já previa a coleta de dados referentes à “raça” do recenseado. Naquela ocasião, foram predefinidas quatro categorias: branco, preto, pardo e caboclo, esta última categoria destinada à contabilização das populações indígenas aldeadas ou não. Vale dizer que o recenseamento diferenciava a população livre da escrava. Enquanto na população livre os próprios recenseados autodeclaravam sua raça, os escravos eram declarados “pretos” ou “pardos” (não havia a opção “caboclo” ou “branco”) por seus proprietários. O segundo censo, já no primeiro ano da República Velha e coordenada pela Direção Geral de Estatística em 1890, num Brasil oficialmente sem escravos, substituiu a categoria “pardo” por “mestiço”.

O censo de 1940, coordenado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), criado em 1936, substituiu o conceito de “raça” pelo de “cor”, promovendo a tipificação dérmica em detrimento da ancestralidade étnica. Nessa ocasião, foram predefinidas três categorias: “branca”, “preta” e “amarela”. Há nessa redução alguns aspectos importantes: a supressão da categoria “caboclo” pode ser associada à criação do Serviço de Proteção ao Índio em 1910, órgão responsável também

pelo controle censitário das aldeias. Não se considerava, portanto, a hipótese de “índios” ou “caboclos” vivendo fora dos aldeamentos. Também nessa ocasião os recenseadores foram orientados a anotar designações auto-referidas como “pardo”, “mestiço”, “mulato” e outras, na forma de dois traços horizontais contíguos no espaço do questionário destinado à anotação do quesito “cor”. A introdução da categoria “amarela” deve-se, sobretudo, à massiva imigração nipônica ocorrida a partir de 1908. Curiosamente, tal categorização foi utilizada apenas no único censo realizado durante o Estado Novo, uma vez que os censos de 1950 e 1960 voltaram a utilizar as quatro categorias: “branco”, “preto”, “amarelo” e “pardo”. O primeiro censo realizado pela ditadura militar, em 1970, simplesmente eliminou a coleta do quesito “cor”, que foi reintroduzida em 1980, mas apenas nos questionários amostrais. No censo de 1991 o quesito foi tipificado, pela primeira vez, como “raça ou cor”, sendo então definidas as categorias até hoje em voga: “branco”, “preto”, “pardo”, “amarelo”, “indígena”.

Dessa forma, consolida-se um modelo de classificação baseado, sobretudo, no reconhecimento do indivíduo de se autoclassificar em critérios antes dermocrômicos do que raciais, em termos etnológicos. O sentimento de “pertencimento” a um determinado grupo sociocultural, com delineamentos mais ou menos tênues, e suas implicações no processo de interação com os agravos à saúde (incluindo-se à vulnerabilidade aos atos de violência), é subjulgado a critérios de biotipicidade. Uma criança ocidental, eventualmente adotada por uma família oriental, identificar-se-á pelos critérios dermocrômicos como da “cor branca”, “da cor preta” ou “da cor parda”, conforme o caso, embora sua vida seja permeada de fatores de risco de agravos à saúde concernentes ao meio cultural da etnia de sua família. Dificilmente um indivíduo nessas condições se autodeclarará como da “cor amarela”, embora etnicamente o seja.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar algumas considerações referentes aos casos notificados de violência doméstica, sexual ou outras violências no estado de São Paulo, analisando sua distribuição segundo características da população atingida: raça/cor, sexo e porte do município de residência.

Metodologia

Os dados apresentados neste trabalho referentes à

notificação/investigação de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências provêm do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, consolidados pela instância gerencial do na esfera estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo.

Esclarecemos que tais dados não compreendem os casos de violências havidos no município de São Paulo (capital do estado e maior metrópole do país), uma vez que, em detrimento da compulsoriedade conferida à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências pela portaria MS n. 104/, o município de São Paulo não utiliza, até o presente, a ficha de notificação definida pelo Ministério da Saúde, não vindo, portanto, a alimentar os bancos de dados do SINAN.

Quanto ao estabelecimento de indicadores referentes à notificação de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, há que se considerar a dificuldade metodológica inicial para a conceituação do que seriam “taxas de incidência” desse agravo, uma vez que somente poderíamos utilizar com propriedade o conceito de “taxa de incidência” caso soubéssemos o número absoluto de casos dessas violências havidos em uma população (ou grupo populacional) em determinado período, tomando-se por denominador o total de indivíduos dessa mesma população ou grupo. No entanto, o universo representado pelo somatório de casos, especificamente nessa conjuntura, refere-se aos casos notificados/investigados (em outras palavras, casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências acessados pelo sistema de notificação/investigação) e não ao número de eventos efetivamente ocorridos. Nesse sentido, discussões havidas no âmbito institucional apontam para o conceito de razão de notificação (por cem mil habitantes), termo também adotado neste trabalho.

Serão apresentadas, portanto, as proporções de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo raça/cor, sexo e porte de município, além da distribuição desses casos segundo as mesmas variáveis. Também serão discutidos aspectos referentes à implantação do quesito raça/cor na ficha de investigação que alimenta o SINAN.

Resultados

A introdução recente dos casos de violência doméstica sexual e/ou outras violências no rol dos agravos à saúde de notificação compulsória vem se desenvolvendo de modo processual, associada ao Sistema Nacional

de Informação em Saúde (SIS), possibilitando a avaliação desse processo.

Dos 645 municípios do estado de São Paulo, 349 (54,10%) notificaram/investigaram pelo menos um caso de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em 2011. As diferentes razões de notificação nos municípios paulistas encontram-se expressas na Figura 1.

No estado de São Paulo, composto por 645 municípios, há que se considerar a heterogeneidade destes entre si no que tange ao porte, definido pelo IBGE na seguinte escala: Municípios de Pequeno Porte 1, até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2, até 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte, até 100.000 habitantes; Municípios de Porte Grande, até 900.000 habitantes; Metrôpoles, acima de 900.000 habitantes. Tal escalonamento reflete-se no estado de São Paulo conforme a Tabela 1.

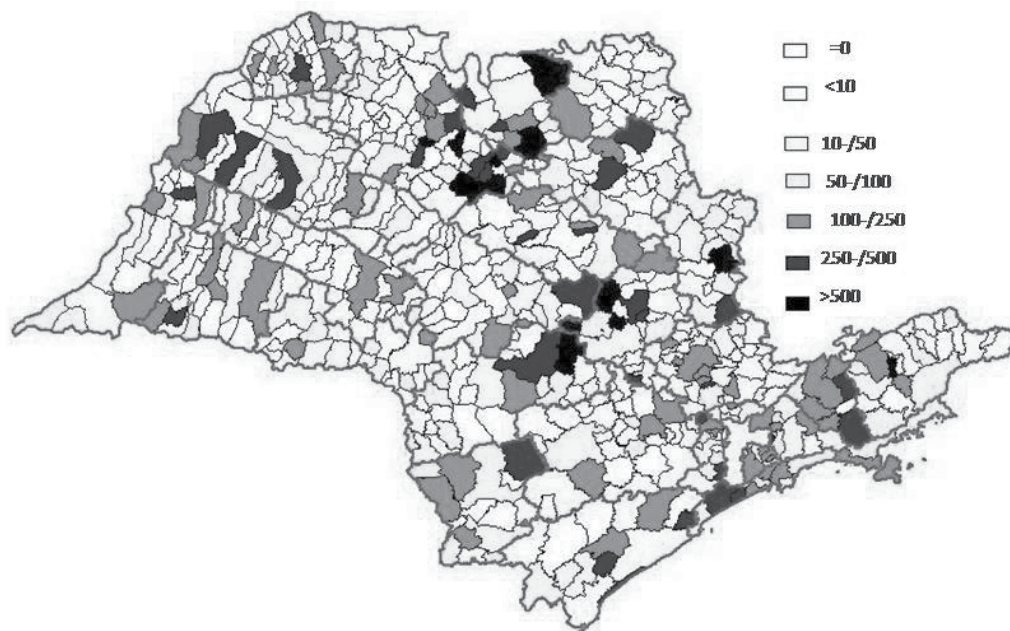
Dessa forma, na mesma unidade federada coexistem municípios como Borá (805 habitantes, em 2011) e a capital paulista, com mais de 11 milhões de habitantes. Tal heterogeneidade reflete-se na notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, conforme a Tabela 2.

Enquanto a razão de notificação no estado de São Paulo, no ano de 2011, foi de 106,3 por 100.000 habitantes, os municípios de pequeno porte apresentaram valores inferiores a 80. No extremo oposto, as metrôpoles apresentaram razão de notificação de 168,5 por 100.000 habitantes.

Dos 521 municípios de pequeno porte, 289 (55,5%) apresentaram razão de notificação igual a zero, o que nos leva a categorizá-los como municípios não notificantes. O mesmo ocorreu em seis (12,1%) dos 49 municípios de médio porte e em apenas um (1,4%) dos municípios de grande porte.

Plausivelmente, podemos afirmar que, de modo geral, em municípios de pequeno porte, os espaços de sociabilidade colocam os indivíduos em situações de visibilidade múltipla (o que equivale a dizer que “todos se conhecem”). Dessa forma, a sobreposição das redes de relações sociais coloca o profissional e o serviço notificante em situações de exposição ante os atores envolvidos no ato de violência, o que faz com que muitos serviços e profissionais deixem de notificar e investigar o caso devido às inerentes derivações e implicações que essa notificação/investiga-

Figura 1 – Razão de notificação de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por município – Estado de São Paulo, exceto o município de São Paulo, 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP [Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Sistema de Informação de Agravos de Notificação (DDCNT/CVE/CCD/SES-SP)-Sinan Net].

ção irá desencadear e seus respectivos impactos em meios microsociais.

Dos 31.408 casos notificados/investigados de violência doméstica sexual e/ou outras violências em 2011, 21.034 casos (66,97%) incidiram sobre mulheres, de todas as faixas etárias, obtendo-se as razões de notificação apresentadas na Figura 2.

Se por um lado os dados expostos apontam para maior vulnerabilidade da mulher em todas as faixas etárias, por outro há que se considerar também que a estru-

turação dos serviços e redes de serviços de atenção às pessoas em situação de violência ocorre, historicamente, muito em razão das demandas geradas pela legislação protetiva às mulheres (de todas as faixas etárias) havidas nas últimas décadas. Tal fator talvez tenha gerado uma cultura de atenção à mulher em situação de violência, já relativamente rotinizada nos serviços, rotinização esta que inclui a notificação do caso. Desse modo, constata-se que em 87 municípios (24,9% do total dos 349 municípios notificantes em 2011 ou 13,48% do total dos

Tabela 1 – Número de municípios e população segundo o porte do município – Estado de São Paulo, 2011.

Porte	Municípios		População	
	N	%	N	%
Pequeno Porte 1	399	61,9	3.100.601	7,5
Pequeno Porte 2	122	18,9	3.985.211	9,6
Médio Porte	49	7,6	3.429.356	8,25
Grande Porte	72	11,2	17.428.272	41,9
Metrópole	03	0,5	13.636.255	32,8
TOTAL	645	100,0	41.579.695	100,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Tabela 2 – Distribuição da população e dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e razão de notificação por 100.000 habitantes, segundo o porte do município de ocorrência – Estado de São Paulo (exceto município de São Paulo), 2011.

Porte	Municípios		População		Razão
	N	%	N	%	
Pequeno Porte 1	3.100.601	10,5	2.433	7,8	78,5
Pequeno Porte 2	3.985.211	13,5	2.856	9,1	71,7
Médio Porte	3.429.356	11,6	3.665	11,7	106,9
Grande Porte	17.428.272	59,0	19.747	62,9	113,3
Metrópole*	1.606.260	5,4	27.07	8,6	168,5**
TOTAL	29.549.700	100,0	31.408	100,0	106,3**

*Exceto o município de São Paulo.

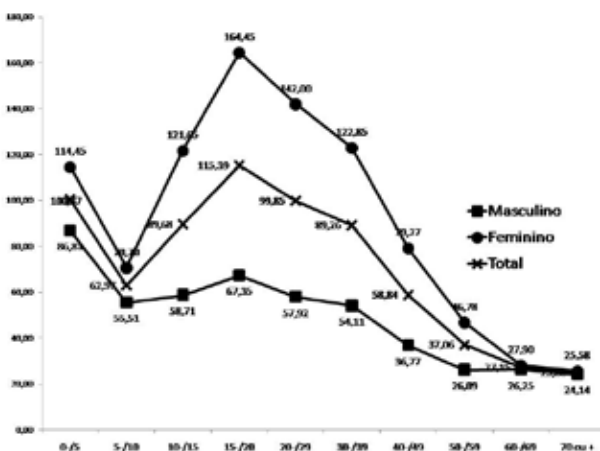
** A população do município de São Paulo foi excluída do denominador da razão.

Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

municípios do estado) os casos de violência cometidos contra mulheres compreendeu a totalidade (100%) dos casos notificados/investigados (ver Figura 3).

Embora possamos identificar, no estado de São Paulo, entre os anos de 2010 e 2012, um discreto aumento percentual do número de casos de violências notificados em homens (os percentuais de casos notificados de violência contra homens foram respectivamente de 30% em 2010 e 33% em 2011, contra 70% em 2010 e 67% em 2011, em mulheres), há indubitável predomínio da notificação de casos de violência contra mulheres. É consequência talvez, como já apontamos, da priorização desse grupo quando da definição das atuais políticas públicas de atenção às pessoas em situação de violência, ainda que se destaque a maior vulnerabilidade das mulheres no tocante às violências doméstica e sexual. A análise dos dados advindos da última edição do VIVA Inquérito (2011) aponta para a corroboração dessa possibilidade, uma vez que os dados apresentados nesse caso antagonizam-se com os dados referentes ao VIVA Contínuo no estado de São Paulo, uma vez que, no caso do VIVA Inquérito, o percentual de casos de violência notificados/investigados em homens foi de 64,75% (35,10% entre mulheres e 0,15% sem informação), ou seja, o inverso do verificado no estado de São Paulo em 2011.

Figura 2 – Razão de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por sexo e faixa etária – Estado de São Paulo (exceto o município de São Paulo), 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

Segundo dados do Censo 2010, 70,7% dos habitantes paulistas se autodeclararam da “cor branca”, 22,8%

da “cor parda”, 4,4% da “cor preta”, 1,2% da “cor amarela” e 0,2% indígenas, conforme a Tabela 3. Ressalta-se que apenas 5,1% da população indígena brasileira residem no estado de São Paulo. O somatório dos autodeclarados da “cor parda” e da “cor preta”, perfazendo o total de 27,2% da população paulista, coloca esse estado em posição diferenciada em comparação com a população nacional, cujo somatório é 55,2%.

Os dados advindos do SINAN, através das fichas de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências expressos na Tabela 4, referem-se aos dois anos índices na série histórica das notificações de 2010 e 2011, o último ano da não obrigatoriedade e o primeiro da compulsoriedade da notificação do agravo, respectivamente.

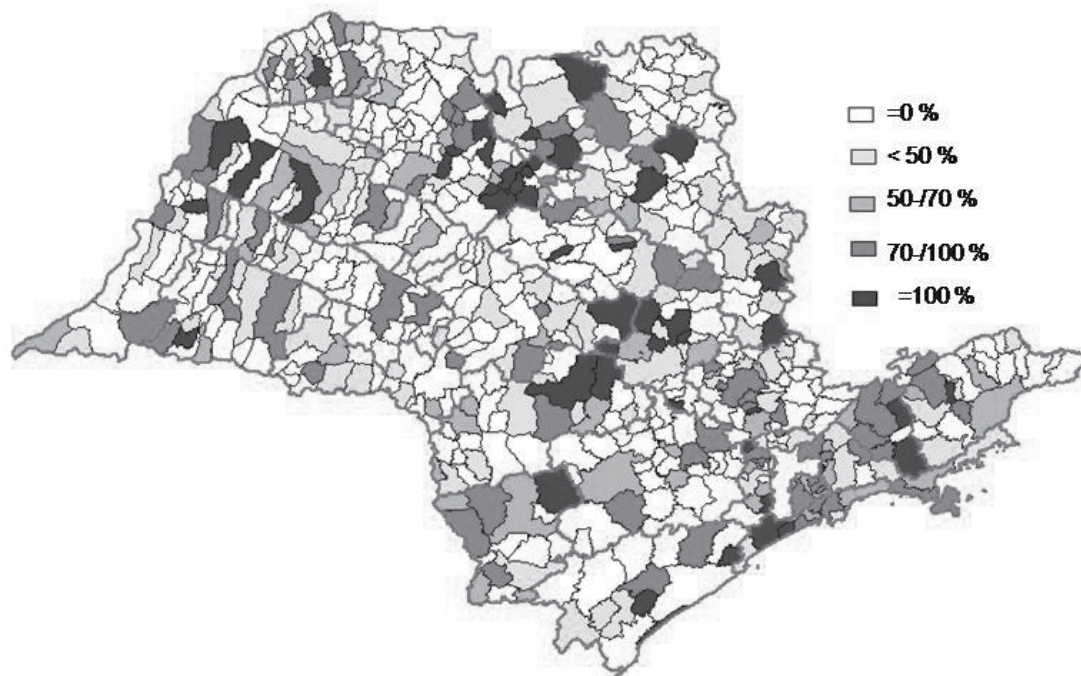
Os expressivos percentuais de casos nos quais o quesito raça/cor consta como “ignorado”, os quais variam de 14,16% a 18,77%, demandam algumas considerações quanto às circunstâncias nas quais a notificação é realizada, geralmente associada ao atendimento à vítima, que por sua vez encontra-se fragilizada física e emocionalmente, fatores estes que podem obstaculizar a coleta deste e de outros quesitos. Dessa forma, não raro, a notificação é realizada com base nos dados do registro do atendimento, transcritos para a ficha de notificação após a alta e dispensa da pessoa, impossibilitando a obtenção de dados não coletados.

A expressiva superioridade das razões de notificação de casos de violência entre os autos declarados das cores “preta” e “parda” evidencia-se de modo indelével mediante o cálculo comparativo das razões de notificações entre as categorias do quesito raça/cor conforme a Tabela 5, de cujas bases de cálculos foram excluídos os percentuais de “ignorados” ou “sem informação”.

Considerações finais

Os elementos apresentados no cenário delineado permitem algumas considerações que podem apontar para algumas conclusões. Primeiramente, a inclusão dos atos de violência entre os agravos à saúde considerados de notificação compulsória data de janeiro de 2011, e sua operacionalização vem se dando de modo paulatino, em diferentes ritmos de implantação, de acordo com as diferentes realidades locorregionais. Com efeito, 45,90% não procederam no ano de 2011 à notificação de nenhum caso de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, o que, em si, já pode ser considerado como uma importan-

Figura 3 – Percentual de casos notificados de violência contra mulheres em relação ao total de casos notificados por municípios – Estado de São Paulo, 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

Tabela 3 – Distribuição da população pelo quesito raça/cor – Estado de São Paulo, 2010.

Raça/Cor	Total	%
Branca	26.185.687	70,7
Preta	1.627.276	4,4
Parda	8.546.718	22,8
Amarela	456.420	1,2
Indígena	63.789	0,2
Sem declaração	245.576	0,7
TOTAL	37.125.466	100,00

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo 2010.

te variável indicativa de que haja subnotificação de casos. Outro indicativo refere-se não à notificação em si, mas à qualidade do dado da notificação, posto que, conforme dados da Tabela 2, o percentual de fichas de notificação nas quais o quesito raça/cor consta como “ignorado” varia entre 14,16% e 18,77%.

A vulnerabilidade programática, no sentido da obstaculização do acesso aos serviços públicos, com especial

Tabela 4 – Distribuição dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo raça/cor – Estado de São Paulo, 2010/2011.

	2010		2011	
	N	%	N	%
Branco	11.641	53,7	17.439	55,5
Preta	1.528	7,0	2.089	6,7
Parda	4.483	20,7	7.077	22,5
Amarela	92	0,4	151	0,5
Indígena	45	0,2	64	0,2
Ignorado	3.891	17,9	4.588	14,6
TOTAL	21.680	100,0	31.408	100,0

Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

ênfase no que tange aos serviços públicos de saúde, referente às pessoas das cores “preta” e “parda”, uma das nuances do chamado “racismo institucional”, vem sendo objeto de análises e reflexões sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento e vitimização da pessoa. Lopes, nesse sentido, afirma:

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo⁷ (p. 2).

Em que pese os fatores que contribuem para a subnotificação, os dados aqui apresentados, embora apontem para maior notificação de casos de violência – em termos de números absolutos – entre os autodeclarados da “cor branca”, evidenciam, de acordo com as taxas de incidência, uma significativa superior exposição dos autodeclarados das cores “preta” e “parda” a fatores que os colocam em situações de violência. Fato este que, em detrimento de todas as dificuldades, espelha-se no perfil socioepidemiológico dos atos de violência passíveis de notificação compulsória no estado de São Paulo.

Tabela 5 – Razão de notificação dos casos notificados/investigados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências pelo quesito raça/cor – Estado de São Paulo, 2010/2011.

Raça/Cor	2010			2011		
	N	População	R de notif.	N	População	R. de notif.
Branca	11.641	26.185.687	43,58	17.439	26.709.400	65,29
Preta	1.528	1.627.276	92,06	2.089	1.659.821	125,86
Parda	4.483	8.546.718	51,42	7.077	8.717.652	81,18
Amarela	92	456.420	19,76	151	465.548	32,43
Indígena	45	63.789	69,16	64	65.065	98,36

Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP, IBGE e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade).

Referências

1. Brasil, Lei Federal nº 10.778. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na internet]. Diário Oficial da União, 24 nov 2003 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
2. Brasil, Lei Federal nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 1 out 2003 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
3. Brasil, Lei Federal nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 7 ago 2006. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
4. Brasil, Lei Federal nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 13 jul 1990. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico raciais da população : um estudo das classificações de cor ou raça. Brasília (DF), 2008.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo IBGE 2010. Brasília (DF), 2010.
7. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: I Seminário da População Negra [evento na internet]; 2004 [acesso em 3 set 2013]. São Paulo; 2004. Disponível em: http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf
8. Lopes F. Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [monografia na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 12 jun 2013] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf
9. Minayo MC, Sousa E. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública ? Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(1): 7-23.
10. Ministério da Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília (DF); 2011.
11. Ministério da Saúde. Norma Técnica prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília (DF); 1998.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 2406. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação [portaria na internet]. Diário Oficial da União, 5 nov 2004 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004>.
13. Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília (DF); 2013.
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde [monografia na internet]. Geneva, 2002 [acesso em 12 de jun 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>