



A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E AS INTERFACES COM A SAÚDE DAS MULHERES

Telia Negrão

Invisível no Brasil até a década de 1970, presente na agenda sociedade e nas políticas públicas nos dias atuais, a violência de gênero¹ mantém-se tema instigante e provocadora de novas abordagens. Mesmo enfocada desde 1984 por vários documentos internacionais², apenas em 2006 o país passou a contar com legislação específica tratando da violência doméstica e familiar. As relações entre violência e saúde, por sua vez, tem ficado estritas ao recorte de causa-efeito, mais como um argumento, um aspecto secundário no seu enfrentamento. Novos enfoques são necessários, pois no curso da implementação da Lei Maria da Penha revelam-se lacunas que frutificam de abordagem limitada na ordem jurídico-legal. E a violência contra a mulher, como nos tem trazido importantes estudos, é além de um tema de justiça, uma grave questão de saúde pública que afeta a vida e a qualidade de vida das mulheres, uma violação aos direitos humanos. E, antes de tudo, a expressão de relações de poder desiguais que produz feridas invisíveis. Um fenômeno social de raízes profundas, um produto histórico da constituição imaginária da sociedade, do seu imaginário social, portanto com potente significado cultural. (Strey et all, 2004, p. 33).

A conquista de uma legislação específica para a violência doméstica e a sua implementação tem sido uma provocação ao movimento de mulheres e aos setores da sociedade que condenam as desigualdades de gênero (Negrão, 2005). De um lado há um esforço para a efetivação da lei com a instalação de delegacias, juizados e uma rede de atendimento, de outro, resistências e iniciativas provenientes do mesmo poder judiciário, de setores conservadores dos governos e da sociedade e membros do congresso nacional que a colocam em risco. Questionam sua aplicabilidade e sua constitucionalidade justamente porque estabelece uma discriminação “positiva”, conceito cuja matriz são os direitos humanos, introduzido pela Cedaw em seu Art. 4º, segundo o qual as medidas especiais para acelerar a igualdade entre os sexos não são discriminatórias no sentido negativo.

As resistências à garantia de uma cidadania plena às mulheres, sem violência e com direitos, se apresentam como um contínuo na história do Brasil e da região, assim como a insistência e

1 Neste artigo dar-se-á à terminologia de violência de gênero e violência contra a mulher a mesma significação, considerando-se as diversas formas de exercício de poder como uso da força e da coerção contra as mulheres, N.A.

2 Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher (Cedaw, 1984), Declaração de Direitos Humanos de Viena (1992), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres (Convenção de Belém do Pará, 1995).



perseverança das mulheres. Determinadas políticas públicas tem o potencial de tocar no campo complexo da sexualidade das mulheres e autonomia das mulheres, passando por sua saúde física e psíquica. Essas são trasladadas para o terreno da disputa de poder e onde em geral as questões democráticas têm sido burladas pela forte intromissão de elementos externos ao estado na política, como as religiões e crenças pessoais, mesmo em países laicos (Abrazinskas, Lopes, 2007). Quanto à sua gestão, na medida em que para enfrentar a violência contra as mulheres é necessário trabalhar em rede, acarretando maior accountability de todos, maiores investimentos em serviços, recursos humanos e materiais, o tema é tratado de forma secundária, como tem sido as políticas específicas destinadas a promover relações de gênero mais equitativas.

Recordemos que desde a década de 1980, com as primeiras delegacias da mulher, os pioneiros serviços de atendimento às vítimas de violência sexual e aborto legal no Brasil, até a edição das Normas Técnicas do Ministério da Saúde que tratam da violência e dos direitos sexuais e reprodutivos - as políticas voltadas para a violência contra as mulheres sofreram com o desprestígio na estrutura de estado, questionamento sobre sua necessidade e constante tentativa de declaração de sua ilegalidade (Negrão, 2004).

Sobre a luta pela manutenção das delegacias muito já se escreveu e sistematizou (Agende, 2004, Hermann, 2006) identificando-se dificuldades no processo de sua criação, status na estrutura policial, escassez e baixa qualidade quanto aos recursos humanos e materiais e limites de atuação, enfocadas em estratégias como as pactuações entre governo federal e estados, pelas quais se condicionam recursos para a estruturação de redes. Mas essas continuam fragmentadas, descontínuas, com serviços inadequados e abaixo das expectativas das usuárias.

Sobre os serviços destinados à violência sexual, implicando em acolhimento, profilaxia, anticoncepção e abortamento, estudos demonstram que é um assunto de grande atualidade (Faúndes, 2009) embora os obstáculos venham de longe, lembrando que em 1989 iniciou-se esse serviço no Brasil, direito previsto no Código Penal Brasileiro³, com houve fortes reações contrárias. Segundo Talib (2005, p.13), o debate público em torno serviço enfatizou entraves de ordem religiosa, legal, política, moral e judicial e também sobre o caráter pioneiro e inovador do esforço.

Dos anos de 2004 a 2009, período em que se normatizou e se passou à implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres pelo Ministério da Saúde, uma forte contenda opôs setores religiosos conservadores, congresso nacional, movimento de mulheres e gestões. E até hoje persiste, pois cerca de 30 projetos contrários aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres

³ Art. 128, inciso II (1940), segundo o qual não se pune o aborto nos casos de risco de vida da gestante e quando é fruto de estupro.



tem tramitado, anualmente, inclusive para tornar punível o aborto em casos de estupro (Cfemea, 2009). Essa frequente ameaça aos direitos desde o final da década de 1980 até os dias atuais, mostra velhos atores à cena, segmentos religiosos e conservadores que não reconhecem as mulheres como detentoras de autonomia sobre seus corpos.

Olhando para um passado recente, quando surgiram as delegacias como única resposta para o problema da violência de gênero, verifica-se que atualmente há uma institucionalidade governamental mais sensível à problemática e com indícios de elevação do veto social à violência contra as mulheres, mas subsistem expressões advindas dos diversos contextos sociais que reproduzem e sustentam este problema⁴, havendo necessidade de vigilância.

Antes mesmo da Lei Maria da Penha entrar em vigência, a Rede Feminista propôs a criação de um observatório nacional, sob a condução da sociedade civil, com vistas nos aspectos ligados à saúde sexual e reprodutiva. A LMP preve a abordagem em saúde no Artigo 9, caput - a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde e no Sistema Único de Segurança Pública... e emergencialmente quando for o caso - e no parágrafo 3º do mesmo artigo que esta assistência “compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual⁵”.

Advogando que a violência contra as mulheres afeta a sua cidadania e seus direitos humanos, entre os quais, o direito a saúde como estado de bem estar físico, psíquico e social (RFS, Dossiês) a entidade enfoca dimensões mais complexas do fenômeno, aportando experiências de filiadas inseridas nos estudos, pesquisas, ativismo e atuação profissional na área da saúde em geral e em particular da saúde sexual e reprodutiva.

O desafio

O projeto Observe, iniciado em 2007, em seus dois primeiros anos de existência avaliou o funcionamento da lei quanto à segurança e justiça, analisando as DEAMS, pelo papel estratégico e

4

5 Neste caso, a Lei se refere à Norma Técnica Sobre a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, 1998/2005, e do Código Penal Brasileiro (1940), art. 128, II e remete às doenças sexualmente transmissíveis, à gestação, ao abortamento e danos psíquicos.



os Juizados Especiais de Violência Doméstica, dois mecanismos para interromper o curso das violências, na maioria dos casos caracterizada pela persistência, repetição e continuidade. A interface saúde não consta dos indicadores, o que continua a provocar o desejo de reunir mais argumentos para sustentá-la, assim como propor indicadores para o monitoramento e para a incidência política, o controle social. Parte-se do conceito de saúde como um estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não mera ausência de doença (OMS), ampliando-o e relação às mulheres para considerar a saúde sexual e reprodutiva como componente fundamental para sua compreensão (Cairo, 1994).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 reconhece a existência da violência nas relações familiares, provê políticas especiais e prevê que a assistência à saúde deve ser assegurada pelo estado através do Sistema Único de Saúde – SUS⁶, o qual se submete ao “controle social”. Este sistema de atenção à saúde, por sua vez, é concebido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade e sua implementação tem como base as diretrizes da hierarquização, descentralização, com direção única em cada esfera de governo e participação da comunidade. Dos princípios, a equidade é o elemento que ancora o enfrentamento de desigualdades, entre as quais de gênero, entrecruzada com raça e etnia, orientação sexual, idade, deficiência, significando que grupos desiguais merecem tratamento diferenciado, pois têm necessidades diversas (RFS, 2002), ao lado do princípio da integralidade, pois orienta no sentido de que as pessoas sejam o centro da atenção e devam ser tratadas pelos serviços como um todo e não de forma fragmentada: “Isso quer dizer que todas as necessidades da população e dos indivíduos devem ser atendidas, nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Pressupõe ainda a articulação da saúde com outras políticas públicas geradoras de qualidade de vida e melhoria dos níveis de saúde (Idem, p. 21)”. Ou, como afirma Castilhos: “Na verdade, os três pilares do SUS são o controle social, a descentralização e a integralidade da atenção” (RFS, 2003, p.52), embora no Brasil a integralidade é o princípio que não se cumpre, pois em sua avaliação os profissionais de saúde, em geral, desconhecem o seu verdadeiro significado (idem).

A lei do SUS também estabelece o controle social das políticas e da atenção a saúde, da sua concepção, definição, financiamento e qualidade da assistência, tendo com locus principal os conselhos de saúde em cada nível de gestão, segundo a descentralização - municipal, estadual e federal. O movimento de mulheres participa disputando o seu espaço, em parceria com o segmento

⁶ As Leis 8.080/1990 e a 8.142/1990, são conhecidas como Lei Orgânica da Saúde, pois institucionalizam o Sistema Único de Saúde – SUS. A implantação dessas leis, e a consolidação de seus princípios, requer um importante papel de todos os envolvidos: gestores, profissionais e usuários.



de usuários e em diálogo com gestores e prestadores, ou seja, busca uma sinergia para afirmar a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo o conceito utilizado por Drummond, o controle social, no contexto da saúde, traduz-se em “estratégias e operações de acompanhamento da formulação, gestão e execução de políticas públicas por parte da sociedade, consolidando a democratização substantiva – e não apenas forma – do Estado, mediante mecanismos institucionalizados de gestão participativa que englobam, e ultrapassam, os dispositivos de uma democracia representativa (2006, p.20)”. Nem sempre este ciclo virtuoso se realiza, como lembra farmacêutica e ex-conselheira de saúde Clair Castilhos (2003) em especial quando são os direitos das mulheres que estão em jogo, pois embora elas façam parte da agenda da saúde no Brasil desde os anos de 1980, ainda são minoria nestes espaços. “Não se fala, não se discute a saúde da mulher...” admite, o que poderia ser explicado pela disputa com temas considerados mais importantes como recursos humanos e financiamento para o sistema de saúde em geral(p. 42).

Em relação ao monitoramento das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, a Rede Feminista monitora o Programa de Ação do Cairo (CIPD,1994) desde 1996, quando passou a integrar uma estratégia internacional com o objetivo de visibilizar os efeitos positivos ou adversos na aplicação das legislações normativas, gerar políticas com perspectiva de gênero, fazer valer a vontade política através de designação de recursos financeiros e fazer o melhor uso das estatísticas oficiais e não oficiais, exigindo a transparência na informação (RSMLAC, 2004).

O Monitoramento de Cairo durou de 1996 a 2004, sob a denominação de Projetos Atenea I e Atenea II e foi retomado em 2009, coordenados pela Rede de Saúde das Mulheres Latinoamericanas e do Caribe (RSMLAC). Estes projetos fizeram o seguimento após dois, cinco e dez anos de aprovação do programa, tendo como produto a Base de Dados Atenea, um acervo de informações especializadas em saúde da mulher. Visto como um só processo, o Monitoramento do Cairo realizou-se em quatro etapas, compostas de diagnóstico, advocacy, novo diagnóstico e difusão dos achados. Escolhidos os seis eixos temáticos, a violência sexual contra as meninas foi avaliada por 33 indicadores, dos quais seis se direcionaram à área da saúde para verificar se a legislação previa a capacidade legal de profissionais de saúde para formularem a denúncia de violação, a previsão de existência de serviços de saúde, serviços gratuitos de assistência, normas técnicas de saúde, serviços de atenção primária, urgências e emergências capacitados, serviços implantados, e a existência de normas e protocolos com perspectiva de gênero. Ao relatar esta experiência, Wilza Villela destacou entre as dificuldades do processo, distinguir ações de governo,



ações de estado ou ações públicas por meio de indicadores de impacto (RFS, 2004, p.5) na medida em que políticas em rede tendem a hibridizar-se quando não estão bem definidas as responsabilidades.

No caso do monitoramento da Lei Maria da Penha, em curso desde 2008, a Rede Feminista propoe a ampliação de indicadores para se obter uma visão integral da aplicação da legislação existente e obter instrumento para o controle social. Desta maneira, fornecer as ferramenta necessárias para as mulheres que atuam no controle social numa perspectiva de saúde integral e que identificam os nexos entre violência de gênero e morbi-mortalidade feminina utilizando-se do conceito amplo de adoecimento (físico, psíquico e social) cruzados com a abordagem de relações de gênero, raça e etnia, gerações, orientação sexual entre outros, ancorados, sempre que possível, nos dados epidemiológicos existentes (RFS, 2008).

Por sua vez, o controle social, aqui também conceituado como uma estratégia de incidência sobre as políticas públicas que se utiliza de inúmeras ferramentas e mecanismos para assegurar que os princípios do SUS sejam efetivados, ter dados gerados de indicadores seguros, de boa qualidade e abrangência, obtidos com a participação da sociedade civil, vem fortalecer a demanda e produzir argumentos da alta relevância. Nesta perspectiva, os indicadores em torno dos quais se faz o monitoramento, insumo ao controle social, precisam estar ancorados em consensos da área da saúde e reconhecidos por outras áreas de saber, para que tenham a força de convencimento e disputa na agenda do controle social, que costuma ser complexa e mais voltada para grandes temas de gestão, como financiamento e hierarquização de serviços.

Por isso, caracterizar a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública é indispensável para disputar espaço na agenda do controle social e reunir os argumentos tem sido a tarefa das feministas nas últimas décadas. O outro desafio, como já foi anunciado anteriormente, é quase o inverso: depende de como a saúde é considerada pelas políticas públicas de violência, que por definição da Lei Maria da Penha e do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – 2007 - 2010, tem caráter intersetorial e transversal a todas as políticas.

Um cenário persistente

Embora se reconheça que a violência contra as mulheres e seu impacto sobre a sua saúde sejam marcantes na América Latina e o Caribe, estudos sobre a violência contra a mulher com base nacional ainda são escassos. No caso brasileiro também não há mensuração do problema, sendo utilizadas pesquisas de opinião, estudos em serviços e raras vezes com metodologia quantitativa



como parâmetros para as políticas públicas (Anis, 2006). Recente compilação de dados de uma coalizão de instituições que atuam no interlink de violência e HIV/Aids, envolvendo o Brasil, Argentina, Uruguai e Chile (Feim, 2009 mostra que nenhum dos quatro países dispõe de estatísticas confiáveis para a violência, menos ainda relacionando com HIV).

Há quase uma década⁷, a pesquisa de opinião coordenada pela Fundação Perseu Abramo já mostrava a existência de 2,1 milhões de mulheres que sofriam espancamentos por ano no país, 175 mil por mês, 5,8 mil ao dia, 243 por hora e uma a cada 15 segundos (FPA, 2000). O Banco Interamericano de Desenvolvimento calculou impacto da violência na vida laboral, familiar, comunitária e social quanto aos elevados custos à economia dos países (BID, 1997).

Sabe-se, no entanto, pela importância do tema na agenda pública, que a gravidade deste problema no Brasil encontra lugar em todas as regiões, no campo e na cidade, ainda que em algumas se expresse de forma ainda mais drástica como no nordeste do Brasil (Biancarelli, 2006), onde a sua frequência e tipificação configurariam feminicídio, que consiste, em poucas palavras, em matar mulheres porque são mulheres, não importam as razões, mas porque têm menos poder e pertencem aos homens, configurando uma política sexual de assassinatos (Estrada, 2008, Fragoso, 2008). O feminicídio também inclui outras formas de organização, tais como a exploração sexual, tráfico de pessoas, seqüestros, com fins sexuais, acabando em adoecimento e morte.

Recentes achados brasileiros vêm demonstrando que os períodos de gestação e puerpério não isentam as mulheres como alvo de violências de gênero (Laurenti, 2006; Valongueiro, 2008; Negrão, 2008), havendo escassas denúncias por parte das vítimas em razão dos fatores subjetivos, em especial o medo de ficarem sozinhas neste momento da vida (Schraiber e Durand, 1992). Assim, nos estudos sobre mortalidade materna há um novo elemento a ser analisado, que relaciona o risco aumentado para a violência de gênero, podendo vir a alterar indicadores e resultados.

Reconhecidas investigações (Heise, 1994) elencadas em relatórios mundiais (Ending Violence Against Women, UN, 2006) demonstram as relações entre saúde-adoecimento e violência de gênero (doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, abortos provocados, infertilidade, abortos inseguros, morbidades, depressão e outros agravos psíquicos, entre outros) evidências que ainda não impactam significativamente as políticas públicas no campo da saúde no Brasil.

Segundo o já citado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) pode-se afirmar que as mulheres que passaram por abuso físico ou sexual na infância ou na fase adulta

⁷ Pesquisa “As Mulheres no Mundo Público e Privado”, 2000, disponível em www.fpa.org.br.



desenvolvem mais problemas de saúde do que as outras mulheres, sendo mais predispostas ao adoecimento psíquico, ao desenvolvimento de comportamentos de risco, o que incluiria maior adesão ao tabaco, à inatividade física e abuso de álcool e drogas: “O fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em risco crescente de: depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrintestinais, síndrome de intestino irritável, diversas conseqüências na saúde reprodutiva (p.102)”.

Este estudo aborda ainda os impactos sobre a saúde reprodutiva, afirmando que “As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para se proteger contra gravidez indesejada ou doenças. A violência pode levar diretamente à gravidez indesejada ou a infecções sexualmente transmitidas, inclusive infecção por HIV, através do sexo forçado, ou ainda indiretamente, ao interferir na possibilidade de uma mulher usar contraceptivos, inclusive preservativos (p. 103)”. A OMS identificou ainda relações entre a violência durante a gravidez com o aborto espontâneo, a entrada tardia em cuidado pré-natal, natimortos, parto e nascimento prematuros, lesão fetal, baixo peso ao nascer, uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes e, por fim, a mortalidade materna. Há evidências científicas de que a violência é responsável por até 16% das mortes maternas em países como a Índia, mas estes dados também são encontrados no Brasil.⁸

Em relação à saúde física, o Relatório mostra que a violência pode levar a lesões, que vão desde cortes e hematomas até invalidez permanente e morte. De 40% a 72% de todas as mulheres que sofreram abuso físico de um parceiro em algum momento de sua vida, dizem os estudos de base populacional em que se assenta o informe, poderão sentir as conseqüências, sendo as mais comuns os "distúrbios funcionais". Tais distúrbios frequentemente não apresentam uma causa médica identificável, sendo os mais comuns a síndrome de intestino irritável, fibromialgia, problemas gastrintestinais e diversas síndromes de dor crônica, os quais vinculam-se ainda a históricos de abuso físico ou sexual. As mulheres que sofreram abuso também têm um funcionamento físico reduzido, mais sintomas físicos e passam mais dias de cama do que as mulheres que não sofreram abuso (p.104). Segundo a OMS, o campo da saúde mental tem identificado maior prevalência de depressão, ansiedade e fobias em mulheres em situação de violência por parte de seus parceiros do que as mulheres que não sofrem nenhum tipo de abuso. O mesmo ocorre em relação ao risco mais elevado de suicídio. Adoecimentos esses que podem condicionar à super-utilização dos serviços de

⁸ Em Porto Alegre, desde 2002 os homicídios de mulheres na gestação e puerpério é a causa principal de mortes, embora este dado não integre os índices de razão de morte materna (Relatório Anual do Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Porto Alegre, 2009).



saúde, elevando seus custos⁹: Como conclusão geral do estudo da OMS (2002), tem-se que: (1) A influência do abuso pode durar muito tempo, mesmo depois do abuso ter cessado; (2) Quanto mais grave o abuso, maior é o impacto sobre a saúde física e mental da mulher; (3) O impacto de diferentes tipos de abuso e múltiplos episódios de abuso parece ser cumulativo ao longo do tempo.

Em relação ao Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a violência como um problema que requer intervenções de caráter preventivo bem como de tratamento, dispõe de norma técnica específica e a notificação obrigatória. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism, 2004) inclui nos objetivos gerais e estratégias promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, organizando redes integradas, articulando com a prevenção às DSTs e promovendo ações preventivas. No entanto, após mais de uma década de intervenções e a despeito da identificação de uma Rede Nacional de Atenção à Saúde das Mulheres em Situação de Violência, composta por centros de referência e unidades especializadas em todo o país, as políticas estão longe da dimensão do problema reconhecido pela OMS e estudos nacionais. Os diagnósticos encontrados em pesquisas têm como fonte relatos de usuárias e de ativistas de direitos humanos das mulheres, os quais demonstram a passagem das mulheres pelos serviços ainda é marcada por sofrimentos e silenciamentos.

Em relação à violência sexual, dois estudos da Unicamp (Faúndes, Hardy, 2000, Faúndes, 2009) fornecem elementos para reflexão. No primeiro, desenvolvido na região de Campinas e Sumaré no estado de São Paulo, 54,9% das mulheres revelaram ter mantido relações sexuais contra a sua vontade em algum momento da vida. Constatou-se que além da maior prevalência de irregularidades menstruais, dores pélvicas e dismenorréias, elas tinham, de acordo com a intensidade da “pressão, coação ou violência nas relações sexuais”, duas, três ou até quatro vezes mais falta de libido em relação às que não viveram violência.

Já o segundo estudo¹⁰, em parceria com a Febrasgo e Ministério da Saúde (2009) revelou que dos 884 hospitais e pronto-socorros do Brasil que declaram realizar todos os procedimentos preconizados pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde, apenas 430 os realizavam de fato (48%), e apenas 107 de 807 haviam feito atendimentos completos nos últimos 10 a 14 meses que a

9 O Banco Interamericano de Desenvolvimento patrocinou estudos sobre a magnitude e o impacto econômico da violência em seis países da América Latina (31). Cada estudo avaliou os gastos resultantes de violência, em serviços de assistência à saúde, aplicação da lei e serviços judiciais, bem como prejuízos intangíveis e prejuízos com a transferência de bens. Expresso como um percentual do produto interno bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5,0% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela.

10 Avaliação da aplicação das normas sobre violência sexual nos serviços de saúde do Brasil. CEMICAMP/FEBRASGO/MS, 2008..



pesquisa enfocou. Entre as razões, falta de informação, de capacitação, de meios físicos e materiais, falta de medicamentos e de objeção de consciência por parte dos profissionais.

Este conjunto de elementos corrobora também a dimensão da violência como um grave problema de saúde pública a ser enfrentado no mesmo patamar do acesso à segurança pública e à justiça, dado o efeito prolongado da violência de gênero na saúde das mulheres, seja física, psíquica, sexual ou reprodutiva e a perda de anos de vida saudável, um a cada cinco vividos em violência (BID, 1997).

O que monitorar afinal?

A definição de indicadores para o monitoramento de políticas públicas de saúde da mulher quando não são específicas e estão em rede, é exercício complexo, como demonstraram os projetos Atenea I e II da RSMLAC. Esta dificuldade foi identificada também em estudo coordenado por Cavegnaghi e Berquó (2006), quando da busca de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva, chegando a conclusão que a fragmentação dos serviços e o baixo accountability constatado pela falta de respostas a questionários da pesquisa, impossibilitaram a adoção de quinze indicadores sobre violência de gênero propostos no estudo.

Na construção de argumentos, tanto para o advocacy pelas políticas públicas quanto para o controle social sobre sua implementação - financiamento, instalação de serviços, funcionamento da rede, capacitação de recursos humanos, participação da sociedade na definição dos serviços políticos, normas e protocolos que implicam na quantidade e a qualidade das políticas públicas - o movimento de mulheres tem removido barreiras, cujo objetivo final é reduzir a revitimização das mulheres pela má qualidade da atenção ou da omissão dos agentes frente à violência e os impactos sobre a saúde.

Considerando que das diversas experiências nacionais, a do Observatório da Lei Maria da Penha é a primeira no contexto da nova legislação, portanto de um novo marco legal específico, propõe-se a definição de nova área de preocupação no monitoramento, fundamentada em novos dados proporcionados pela dinâmica de aplicação da LMP. Sugere-se, portanto, que se articule essa Lei com as ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com os eixos prioritários estabelecidos no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2007), o Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DSTs, HIV e AIDS, o Pacto Nacional para o Enfrentamento da Violência Contra a Mulher, as Normas Técnicas para a Prevenção dos Agravos



da Violência Sexual Contra a Mulher e de Atenção Humanizada às Mulheres em Situação de Abortamento e a Notificação Compulsória nos serviços de saúde (Lei 10.778/2003).

O segundo momento implica em reconhecer a rede de serviços de saúde capacitados e dotados dos meios para acolher, atender e encaminhar mulheres em situação de violência; a existência de ações de capacitação de pessoal de saúde para a utilização de protocolos; a existência de serviços em atendimento à Norma Técnica de Prevenção aos Agravos da Violência Sexual Contra Adolescentes e Mulheres, realizando todos os procedimentos e insumos previstos; o cumprimento da Notificação Compulsória nos serviços de saúde (Lei 10.778/2003); a articulação de serviços para a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção das DST, HIV e AIDS; a atenção especializada na rede de atendimento, com articulação intra e intersetorial, com escuta qualificada, informação, orientação, apoio psicológico individual e em grupo e encaminhamento com referência e contra-referência; a existência de ações de saúde em equipamentos das redes, como as casas-abrigo e unidades sanitárias destinadas à abordagem integral do problema; por fim, se há medidas para informar às mulheres sobre seus direitos e à sociedade sobre seu papel como agentes de transformação.

Algumas conclusões

Como nota conclusiva, parte-se da noção de que a violência de gênero contra as mulheres no Brasil é um fenômeno com profundas raízes sociais e culturais, cujo enfrentamento é um desafio complexo e cujas respostas exigem um largo esforço da sociedade e do estado. A nova legislação enfrenta resistência por parte dos setores policiais e nas instâncias judiciais, na medida em que propõe uma revisão na abordagem da violência contra as mulheres. São visivelmente frágeis as respostas que visem assegurar o direito das mulheres a uma vida sem violência nas três esferas de governo no país. Estudo elaborado para responder a uma demanda da Organização Mundial da Saúde desde 2002 alerta para as implicações da violência contra a mulher com a saúde pública, apontando a necessidade de medidas preventivas e de atenção às vítimas, de forma a reduzir os impactos da na vida e qualidade de vida das mulheres de todas as idades. No entanto, ainda é baixo o reconhecimento no Brasil quanto aos encaminhamentos para que todos os atendimentos nas instâncias jurídico-legais ganhem a dimensão de saúde, resultando em revitimização.

As políticas de saúde para as mulheres, em especial as normas técnicas que articulam violência e saúde não tem sido monitoradas e o controle social sobre elas é ainda pouco significativo. Onde são aplicadas, as políticas enfrentam limitações, entre as quais o



desconhecimento, a alegação de objeção de consciência por parte de médicos, quando se omitem na prescrição de anticoncepção de emergência ou para realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Antes mesmo, as mulheres não encontram acolhida no sistema de saúde para apresentar situações de desconforto, ficando invisíveis aos olhos das redes, que deveriam estar bem abertos. E, por óbvio, os sistemas de exclusão e marginalização, sejam de gênero, sociais, étnico raciais, etários, ou das escolhas sexuais, mais impõem suas perversidades àquelas com menor voz. Na prática nega o direito à saúde como parte dos direitos humanos, violam-se os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, negligencia-se a saúde mental.

O monitoramento da Lei Maria da Penha tem sido importante motivação para o controle social das políticas para a violência, no entanto deve ser ampliado com novos olhares para que se obtenha a real dimensão das lacunas na atenção as mulheres e se possam oferecer argumentos para sensibilizar novos setores para a prevenção, punição e eliminação da violência de gênero. Mas, sobretudo, requer abordar a dimensão de saúde na violência contra as mulheres, inseri-la entre os direitos humanos, assegurando a vida, os anos de vida e a qualidade de vida. A visão integral da violência é o reconhecimento das mulheres como seres integrais, autônomos e com direitos.

Referências bibliográficas:

ABRAZINSKAS,L, LOPES, A. *Aborto em debate*. Dilemas y desafios del Uruguay democrático. Montevideo, Mysu, 2007.

AGENDE. *Perfil Organizacional das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher*. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Treinamento de Pessoal. Ministério da Justiça. Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/violencia/Pesquisa.> 2004

ANIS. *Bibliografia Maria da Penha: Violência Contra a Mulher no Brasil*. Anis/SPM, 2009.

BRASIL. LEI Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, Lei Maria da Penha.

_____. *Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher*. Brasília. DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher*. Brasília, DF.2008

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Brasília, DF.2007

BIANCARELLI, Aureliano. *Assassinatos de Mulheres em Pernambuco*. Publisher Brasil/ IPG, 2006. }

CASTILHOS, Clair. In: A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. *Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde*. Rede Feminista de Saúde:Mazza Edições. Belo Horizonte, 2003, p. 33 – 51



CEDAW: *Relatório Nacional Brasileiro* – Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Protocolo Facultativo. PIOVESAN, Flávia e PIMENTEL, Silvia (Orgs). 2000

CFEMEA. *Vozes Latino-americanas pela Legalização do Aborto*. FLETCHER, Soraya (Org.). Brasília, 2009.

COLAS, Osmar . Aborto Legal por Estupro – Primeiro Programa Público do País. Introdução Disponível em 20/10/2009 em < <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v2/abortleg.html> >

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, Protocolo Facultativo. Coord. Flavia Piovesan e Silvia Pimentel. Brasília, 2002. Relatório.

DURAND, J e SCHRAIBER, L. *Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde de São Paulo – prevalência e fatores associados*. Faculdade de Medicina da USP, 1992

FAÚNDES, A; Hardy, E; Osis, MJD; Duarte, G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **RBGO**, 22(3): 153-157, 2000:\rbgo\s\rbgo22_3\bases\RBGO n

FAÚNDES, Aníbal. Avaliação da aplicação das normas sobre violência sexual nos serviços de saúde do Brasil. CEMICAMP/FEBRASGO/MS. Apresentação no Fórum Interprofissional de Violência Sexual e Aborto Legal. São Luis, Maranhão, 2008.

FEIM. *Violencia contra las mujeres y VIH/Sida en cuatro países del Mercosur*. Argentina, 2009.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. *A mulher nos mundos público e privado*. São Paulo: FPA, 2004.

HEISE, L. *Violence against women: The Hidden Health Burden*. Relatório ao Banco Mundial. 1994

HERMANN, Jacqueline. A violência contra a mulher em números: dificuldades e desafios. In: LIBARDONI, M, LEOCADIO, E. (Orgs.). *O desafio de construir redes de atenção as mulheres em situação de violência*. Brasília, Agende, 2006. P.91-112

LOURO, Guacira Lopes. A emergência do gênero. In *Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós estruturalista*. LOURO, G. L. (Org). R.J: Petrópolis: Vozes, 1997.

NEGRÃO, Telia. Nós e rupturas da rede de apoio à mulher. In: *Violência, Gênero e Políticas Públicas*. STREY, AZAMBUJA E JAEGER, organizadoras. Edipuc. Porto Alegre, 2004, p. 215-258.

NEGRÃO, Telia, PRÁ, Jussara,. Conexões, rupturas e capital social de gênero. In: *Revista Debates*. NUPESAL/UFRGS, 2005.

NEGRÃO, Telia. La violencia de género es un indicador de muerte materna. *Revista Mujer e Salud*. RSMLAC. N. 2-3/2008, p. 8 -14. Santiago:Chile

NILO, Alessandra. *Mulher, Violência e AIDS*. Explorando Interfaces. Gestos Soropositividade. Recife: 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. KRUG, Etienne G., DAHBERG, Linda L., MERCY James A., ZWI Anthony B. e LOZANO Rafael. Genebra, 2001.

RSMLAC. Atenea: El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. *Informe Latinoamericano*. RSMLAC/UNFPA, 2004

_____. Basta de Impunidade. Observatório de Feminicídio em México. Entrevista com Maria de la Luz Estrada. *Revista Mujer Salud*. N. 1/2008. RSMLAC. Chile, 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Campanha “Podemos Sim! parar a violência contra as mulheres! (Ponto Final/We Can)”. Análise Situacional. Secretaria Executiva da RFS, Brasil, 2009. Mimeo.



_____. *Controle Social, uma questão de cidadania*. Saúde é assunto para mulheres. Cartilha. RFS/Fundação Ford, 2003.

_____. Dossiê Violência contra a mulher. Um problema que afeta toda a sociedade. Mônica Fontana, org 2001. Disponível em < www.redesaude.org.br/publicações/dossies > acesso em 10/10/2009.

_____. Dossiê: Violência contra mulheres e meninas. NEGRÃO Telia e PRÁ, Jussara (orgs.), 2005. Disponível em < www.redesaude.org.br/publicações/dossies > acesso em 10/10/2009.

_____. O monitoramento da Plataforma de Ação da Conferencia sobre População e Desenvolvimento no Brasil. 2004

_____. Marcos de Saúde da Mulher dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Ferramentas para ação política das mulheres. Projeto Trilhas de Saúde das Mulheres. Porto Alegre, 2008.

STREY, Marlene. Violência de gênero: uma questão complexa e e interminável. In: *Violência, gênero e políticas públicas*. STREY, Marlene AZAMBUJA, Mariana P.R., JAEGER, Fernanda Pires (Orgs.), Porto Alegre, Edipucrs, 2004. P. 13-44).

TALIB, Rosângela. *Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros*. São Paulo, Católicas pelo Direitos de Decidir, 2005.

THEMIS. *Da Guerra à Paz – Os direitos Humanos das Mulheres*. Instrumentos Internacionais de Proteção. Porto Alegre, 1997. P. 183 - 192

VALONGUEIRO,S.LUDEMIR,A.BARRETO,T. *Violência na gravidez – determinantes e conseqüências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais*. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.

VILELA, Wilza. Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva . In Cavenaghi,Suzana. (Organizadora). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. P. 66-77) . - Rio de Janeiro : ABEP, Brasília : UNFPA, 2006.