



violência contra as mulheres

desafios para o
Sistema Único de Saúde





violência contra as mulheres

desafios para o
Sistema Único de Saúde

anais do seminário



edições
sos corpo

1ª edição Recife,
outubro de 2008

Anais do Seminário Regional

Violência contra as mulheres: desafios para o Sistema Único de Saúde

Realização: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia

Relatoria: Nataly Queiroz

Edição: Ana Paula Portella

Capa, projeto gráfico e editoração: Carlos Pellegrino

Produção executiva: Fátima Ferreira

Parcerias: Secretaria Municipal de Saúde do Recife; Secretaria Municipal
de Saúde de João Pessoa e Secretaria Municipal de Saúde de Natal

Apoio



Fundo Nacional de Saúde
Ministério da Saúde



A532 Anais do Seminário Regional “Violência contra as mulheres: desafios para o Sistema Único de Saúde” / Nataly Queiroz e Ana Paula Portella (editoras) - Recife: SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia, 2008.

148p.

1. Violência contra a mulher 2.SUS 3.Saúde da mulher I. Queiroz, Nataly
II. Portella, Ana Paula

CDU 396.3

Edição

SOS CORPO – Instituto Feminista para a Democracia

Rua Real da Torre, 593 – Madalena – Recife – PE

Tel.: 81 3087.2086 / Fax: 81 3445.1905

e.mail: sos@soscorpo.org.br

www.soscorpo.org.br

impresso no Brasil – outubro de 2008

Sumário

09 Apresentação

11 Introdução

Verônica Ferreira e Simone Ferreira

mesa 1 Panorama da violência vivida pelas usuárias do SUS

25 A produção da violência nos serviços de saúde e de segurança pública

Danila Sala

34 A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida

Ana Carolina Azevêdo

45 Violência contra as mulheres entre usuárias do Programa de Saúde da Família no Recife (PE)

Ana Paula Portella, Ana Maria de Brito, Lilia Blima Schraiber

59 Comentários da Debatedora

Joluzia Batista

62 Debate

mesa 2 Respostas dos serviços de saúde à violência contra as mulheres

73 Política de atenção integral à saúde da mulher no Recife

Benita Spinelli

77 Rede de atenção às mulheres vítimas de violência em João Pessoa
Ana de Lourdes Vieira

80 Serviços de atenção à mulher vítima de violência em Natal (RN)
Joana d'Arc Leite

83 Estratégias para notificação da violência na rede
de serviços de saúde
Maria Carmelita Maia e Silva

86 Comentários da Debatedora
Gilberta Soares

90 Debate

mesa 3 Serviços de atenção a mulheres vítimas de violência sexual

101 Atendimento e acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual
Jorge Andalaft

108 O trabalho da Coordenadoria de Políticas Públicas para as
Mulheres de João Pessoa
Douraci Vieira dos Santos

112 Serviço de atenção à mulher vítima de violência sexual em Natal
Ana Tereza Leiros

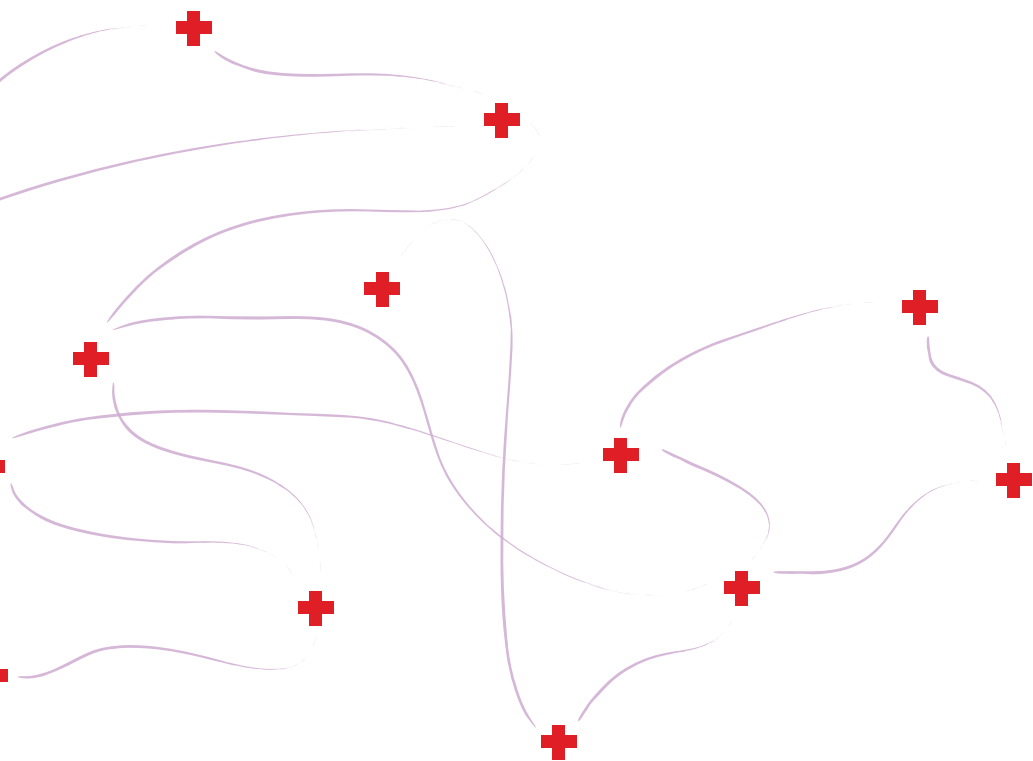
115 Atenção à mulher vítima de violência sexual no Recife
Adriana Tinoco

118 Comentários da Debatedora
Suely Oliveira

120 Debate

mesa 4 Violência contra as mulheres e serviços de saúde:
pontos críticos

- 127 Pontos críticos da atenção à violência contra as mulheres
nos serviços de saúde
Sandra Valongueiro
- 130 Respostas dos serviços de saúde à violência contra a mulher
Walquíria Ferreira
- 133 Serviços de atenção à violência sexual
Verônica Ferreira
- 138 Debate



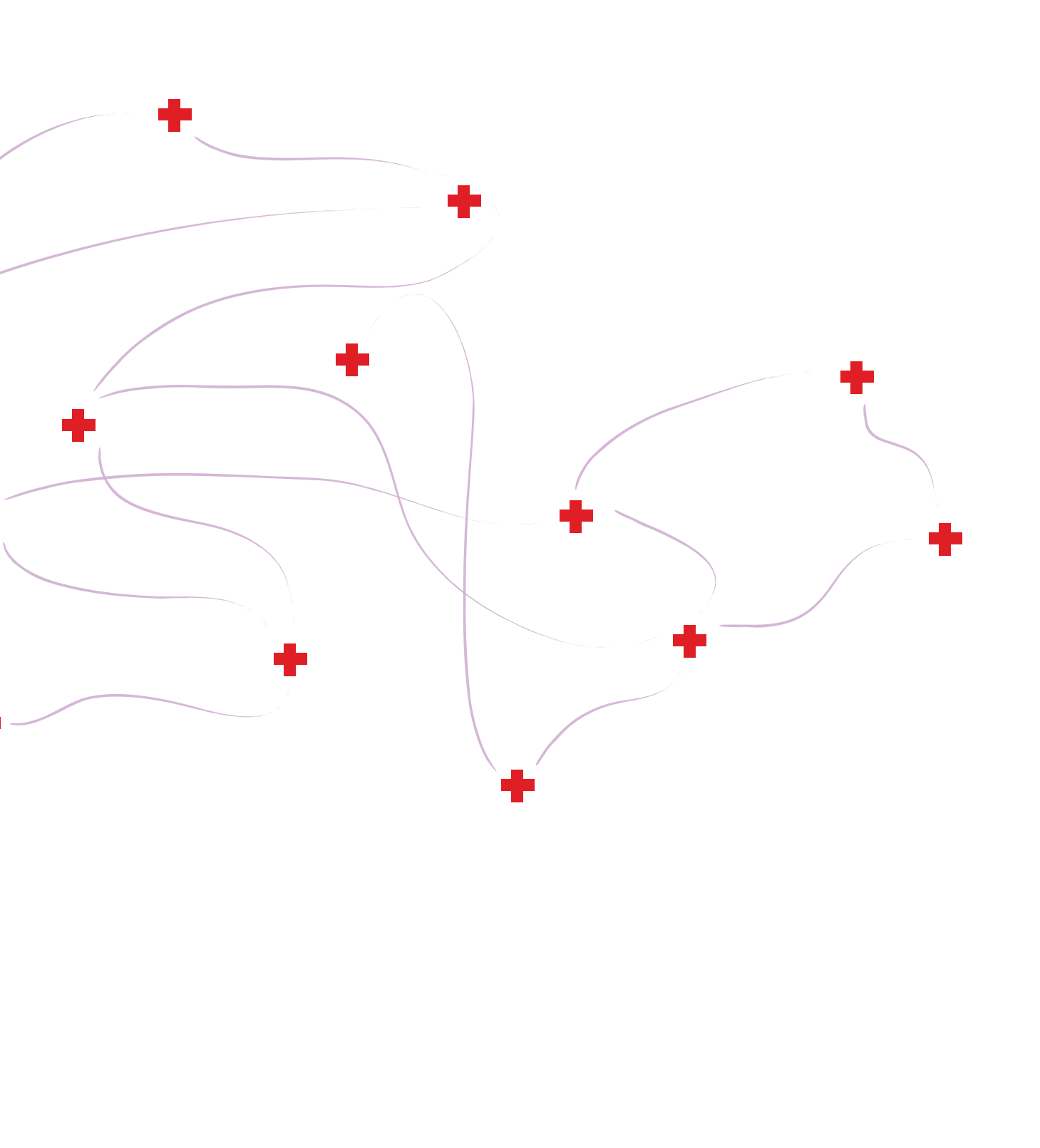
Apresentação

Esta publicação é parte do projeto “Formação para Profissionais de Saúde em Saúde da Mulher na Perspectiva Feminista”, realizado pelo SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, por meio do convênio 826/2006, do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O foco central do projeto foi a realização de um curso para Profissionais de Saúde nos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, e de um seminário regional, reunindo participantes dos três estados e representantes de movimentos sociais.

O processo de formação envolveu 90 profissionais e gestores/as de saúde nos três estados, que atuavam em todos os níveis de assistência. Foi dada prioridade, porém, àquelas/aqueles que atuavam nos serviços de atenção básica e de referência em saúde da mulher. Os cursos foram realizados de agosto de 2007 a outubro de 2008, em cada uma das capitais, contando com o apoio das respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

O Seminário foi realizado em Recife, nos dias 01 e 02 de setembro de 2008, contando com a participação de cerca de 150 pessoas, entre gestores/as, profissionais de saúde e integrantes do movimento de mulheres da região Nordeste.

O foco desta publicação é o registro dos debates ocorridos no seminário, com uma síntese das conferências e dos comentários da plateia, antecidos de uma introdução que apresenta o marco teórico e metodológico que informou o processo de formação.



Introdução

Verônica Ferreira e Simone Ferreira¹

Tratar do tema saúde da mulher, em uma perspectiva feminista, significa desfazer a idéia de um destino e subordinação construído para as mulheres e, ao mesmo tempo, enfrentar os desafios colocados pelas recentes mudanças sócio-culturais pelas quais o nosso país vem passando, parte das quais provocadas pela ação das mulheres no mundo e pela práxis feminista. Essa realidade também é comum às/os profissionais de saúde. No entanto, o espaço de trabalho na saúde nem sempre favorece uma prática e uma reflexão mais permanente sobre esses temas.

A concepção de política de saúde das mulheres, nas últimas três décadas, avançou profundamente, acompanhando e, ao mesmo tempo, sendo parte de transformações na política de saúde no Brasil. A noção de saúde da mulher deixou de ser baseada em uma visão materno-infantil, que circunscrevia a atenção às mulheres ao período de gravidez e pós-parto, restringido a assistência à saúde aos “problemas do aparelho reprodutivo”, para uma concepção baseada na perspectiva de atenção integral e de direito e cidadania, que, no entanto, ainda se apresenta mais como um horizonte do que como uma realidade no cotidiano da assistência à saúde no Brasil (CORREA, 1993; ÁVILA, CORREA e XAVIER, 1994).

¹ Pesquisadora e educadora do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia.

A concepção que norteia a atual Política Nacional de Saúde da Mulher (2003-2007), concebe as condições de saúde como determinadas pelos padrões das relações sociais e das condições de vida em que as mulheres estão inseridas, o que significa constatar a realidade histórica de desigualdade a que estão sujeitas as mulheres, na dimensão pública e privada de suas vidas, como um elemento fundamental para o acesso e o exercício do direito à saúde.

Apesar dos avanços no plano das políticas de saúde, com transformações importantes na concepção de saúde da mulher e com a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, a realidade das mulheres brasileiras ainda é marcada por desigualdades, estruturais e simbólicas, nas relações sociais de gênero, classe e raça/etnia, assim como pelas desigualdades regionais que levam a determinados padrões de adoecimento e mortalidade entre as mulheres.

De acordo com a concepção e compreensão sobre as relações de gênero que os informam, os serviços de saúde – e, por consequência, os/as profissionais – podem agir no sentido de facilitar a transformação ou para reproduzir estas desigualdades, o que irá produzir efeitos diferenciados sobre a saúde e o bem estar das mulheres. Na relação entre profissional e usuária, por exemplo, podem ser estabelecidas condutas que favoreçam ou que prejudiquem a autonomia das mulheres e, conseqüentemente, o seu maior ou menor poder de decisão sobre os aspectos que interferem na sua saúde.

Reconhece-se, nas pesquisas e estudos sobre a atenção à saúde das mulheres, na experiência cotidiana de gestores e organizações e nas demandas profissionais, as dificuldades que as equipes de saúde encontram para lidar com os aspectos de ordem social envolvidos nos processos de adoecimento. Em geral, em decorrência desta dificuldades, o adoecimento e a saúde são tratados como processos meramente biológicos e individuais (SCHRAIBER et. al.,

2004). Nesse sentido, um dos grandes desafios para a assistência à saúde das mulheres é instituir, entre as equipes profissionais, a perspectiva do direito e da autonomia nas relações sociais de gênero e a visão do papel dos serviços de saúde para o enfrentamento dos processos de desigualdade de poder que geram adoecimentos e prejudicam ou impedem o bem-estar das mulheres apresentam-se, assim, como desafios no cotidiano da assistência à saúde.

Os processos sociais que se expressam no adoecimento, e principalmente, aqueles decorrentes das desigualdades de poder entre homens e mulheres, muitas vezes são invisíveis e invisibilizados pelos serviços de saúde – o modo como os serviços lidam com os diversos tipos de violência contra as mulheres constitui uma destas situações (SCHRAIBER et. All., 2004).

A violência contra a mulher instituiu-se, nos últimos anos e, principalmente, em virtude da intensa atuação do movimento feminista, como um grave problema de saúde pública, dada a sua alta magnitude e os diversos e severos agravos que ocasionam à saúde das mulheres. Recentes pesquisas, realizadas em âmbito internacional, revelam altas prevalências do problema em populações usuárias de serviços de saúde. Pesquisa realizada nos serviços de atenção básica, por sua vez, apresentou uma frequência de 21,4% das mulheres relatando violência doméstica a partir dos 18 anos (McCauley et al, 1995 apud Schraiber, 2004). Já em serviços de emergência, as ocorrências encontradas variam de 22% a 35% durante a vida da mulher (AMA, 1992 apud Schraiber, 2004). No Brasil, estudo recente realizado em serviços de saúde (Schraiber et al, 2002 b), estudando 322 mulheres de 15 a 49 anos em um serviço de atenção primária em São Paulo, apontou que 44,4% das usuárias já haviam sofrido algum episódio de violência na vida adulta. A metade destes casos referia-se à violências cometidas por parceiros e ex-parceiros das vítimas.

Os serviços de saúde cumprem um papel fundamental no enfrentamento dos diversos tipos de violência que atingem a vida cotidiana das mulheres, porque, antes de revelaram que são vítimas a familiares, amigos/as ou policiaisas, as mulheres procuram os serviços para tratar das lesões provocadas pela violência. Porém, são ainda grandes os limites e dificuldades para a institucionalização da violência contra as mulheres como um problema para os serviços e profissionais de saúde. De outro lado, avaliamos que este é um momento político estratégico para o aprofundamento do debate, uma vez que se ampliam e intensificam as ações para implementação de uma rede de referência para a assistência às mulheres em situação de violência, na qual os serviços de saúde cumprem um papel central na identificação de casos, na escuta, no diagnóstico e encaminhamento das mulheres para outros serviços da rede.

Por essa razão, o aprofundamento deste tema e a sua articulação com o adoecimento das mulheres é uma necessidade na formação de profissionais de saúde, com a perspectiva de construção de uma efetiva rede de referência para as mulheres em situação de violência. Assim como a desigualdade é um determinante no agravamento dos padrões de morbimortalidade das mulheres, a compreensão destas influências e de como se expressam nos serviços de saúde, somadas ao desenvolvimento de práticas orientadas pela perspectiva de direito, autonomia e democracia nas relações sociais em que se inserem as usuárias, incluindo-se, aí, as relações profissionais, são condições necessárias para a melhoria da situação de saúde das mulheres e a construção de novas condições de vida.

Foi com o objetivo de contribuir para a reflexão sobre estes processos entre profissionais, na perspectiva de qualificar a prática profissional no que se refere à saúde das mulheres, que esta proposta de formação foi desenvolvida. Sua perspectiva aportou a

reflexão sobre os problemas enfrentados pelas mulheres e o modo como se expressam na situação de saúde e, sobretudo, a reflexão sobre as mulheres como sujeito – e não como objeto – no cotidiano da assistência à saúde. Embora não seja de modo algum suficiente, o trabalho educativo é um elemento indispensável para se instituir a dimensão de gênero nas políticas de saúde, garantindo práticas assistenciais justas e equitativas, como preconizado nos princípios do SUS (PORTELLA, 2005).

O curso se propôs a reunir profissionais de saúde para uma reflexão sobre corpo, sexualidade e saúde das mulheres e o modo como as equipes lidam com estas questões em seu dia a dia profissional. A proposta do curso foi resultado de um longo processo de ação do SOS CORPO junto a profissionais de saúde e teve um duplo propósito: sensibilizar e formar profissionais sobre as desigualdades de gênero como determinantes das condições de saúde das mulheres e, como consequência, qualificar as ações de assistência à saúde da mulher. A realização do Seminário Regional Violência contra as Mulheres: Desafios para o SUS cumpriu o objetivo de aprofundar o debate sobre a questão entre profissionais dos serviços e gestores/as de saúde da mulher, a partir dos resultados do curso, do diálogo com o conhecimento produzido e com a experiência do movimento de mulheres e de pesquisadores/as feministas.

A metodologia de formação associou a teoria feminista à reflexão pessoal, profissional e política dos/as participantes.

A capacitação de profissionais de saúde foi entendida como um processo político-pedagógico que objetiva construir coletivamente as condições para a constituição de sujeitos capazes de realizar escolhas éticas, políticas e técnicas no seu cotidiano profissional. Pretendeu, ainda, fortalecer a identidade de servidor/a público/a como implementador/a da política de saúde, resgatando, assim, os

princípios da saúde pública que orientam o Sistema Único de Saúde. Por último, mas não menos importante, trabalhou-se a perspectiva crítica sobre as relações sociais e o reconhecimento das desigualdades nas relações sociais de sexo, nas condições econômicas, raciais e regionais que impactam diretamente sobre as ações assistenciais (PORTELLA, 2005).

O conceito de saúde da mulher que norteia esta proposta abrange os processos sociais que geram o adoecimento das mulheres e a persistência de situações de desigualdade no cotidiano que impedem o bem-estar social das mulheres. Assim, as condições de saúde estão relacionadas com os processos econômicos, sociais e culturais, de forte marca patriarcal, que engendram a pobreza, a divisão sexual e as precárias condições de trabalho, os obstáculos no acesso às políticas sociais, inclusive aos serviços de saúde, as precárias condições de vida nos centros urbanos e a destruição ambiental vividas pelas mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS.

A educação feminista, por um lado, alimenta-se dos princípios pedagógicos fundantes da educação popular freireana: a dialogicidade e o vínculo entre educação e transformação social. Por outro lado, a recria, na medida em que traz para o centro a idéia de movimento feminista como sujeito político e a dimensão da subjetividade como elemento central na construção da identidade pessoal e coletiva.

Partimos da compreensão de que a vida cotidiana apresenta uma dimensão contraditória em que, por um lado, se expressam as desigualdades e, por outro, se constroem as possibilidades de transformação. Nesse sentido, todos os conteúdos foram abordados no diálogo com o cotidiano da assistência à saúde, com vistas

à colaborar para a mudança de olhares e práticas profissionais. Um elemento metodológico central deste curso, portanto, é a busca por aliar a reflexão e o debate conceitual ao debate sobre o cotidiano assistencial, de modo a garantir a articulação entre o conhecimento teórico e o conhecimento oriundo da experiência.

Entendemos que o processo de aprendizagem do curso é um espaço de crescimento pessoal e profissional, mas que não se define como uma capacitação técnica para o atendimento em saúde da mulher. Procurou-se antes, construir coletivamente a compreensão sobre os processos sócio-culturais que constituem a situação de saúde das mulheres e o papel dos serviços como elemento transformador desta situação.

Com base nos princípios da dialogicidade e da construção coletiva de capacidade crítica e reflexiva pelos sujeitos participantes deste processo formativo, foram utilizados como instrumentos de trabalho pedagógico o trabalho em grupo, debates, leituras de textos e outros recursos pedagógicos (imagens, vídeos etc.) e diagnósticos e indicadores de saúde da realidade de cada Estado. Estes elementos propiciaram a elaboração coletiva, o aprofundamento temático e a vivência do grupo para:

Criação de espaço para reflexão criando uma identidade de grupo entre os(as) profissionais.

Apropriação teórica dos conteúdos abordados;

Reflexão política sobre a experiência pessoal e profissional;

Capacidade de reorientar as práticas profissionais a partir dos novos conhecimentos produzidos.

O curso foi presencial, com duração de 73 horas, cumpridas em quatro módulos presenciais de 16 horas e um módulo intermediário de 9 horas, para leitura dirigida. Os conteúdos dos seguintes módulos temáticos foram os seguintes:

Módulo temático 1

Gênero, classe e raça como determinantes de saúde e doença

Carga horária: 16 horas

Abordagens: Elementos teórico-políticos que permitem a compreensão sobre como as relações sociais de gênero, classe e raça estruturam as desigualdades presentes na vida social e impactam nas condições de vida, na situação de saúde de mulheres e homens e como o adoecimento e mortalidade se dão em condições distintas para mulheres e homens, enfatizando a relação entre gênero, poder e saúde.

Módulo temático 2

Corpo, sexualidade e reprodução

Carga horária: 16 horas

Abordagens: Discutiui-se a relação entre corpo, sexualidade e reprodução vis a vis ao poder médico, normativo, disciplinar e institucional, de modo a resgatar a vida sexual e a vida reprodutiva como dimensões históricas da subordinação e do controle do corpo das mulheres pelas políticas e serviços de saúde.

Módulo Intermediário

As mulheres como sujeitos no cotidiano da assistência à saúde da mulher

Carga horária: 9 horas

Abordagens: Discutiui-se as respostas dos serviços às expressões das desigualdades de gênero no cotidiano da assistência à

saúde e na relação profissional-usuária, entendida como relação de poder; abordando-se o papel dos serviços na construção de maior autonomia das mulheres e os direitos humanos das mulheres como dimensão ética da prática profissional.

Módulo temático 3

Direito à saúde e políticas de saúde da mulher

Carga horária: 16 horas

Abordagens: abordou-se o lugar das mulheres nas políticas de saúde e o processo histórico de construção da política de saúde da mulher, situando o papel dos movimentos de mulheres nesta construção; a construção e marco político dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos; os desafios atuais para a implementação da política de saúde da mulher no cotidiano.

Módulo temático 4

Violência contra a mulher e seus impactos sobre a saúde

Carga horária: 16 horas

Abordagens: abordou-se o problema da violência contra as mulheres como expressão das desigualdades de gênero, sua definição, causas e determinantes e a magnitude do problema na sociedade brasileira, com ênfase para a realidade dos Estados; os impactos dos diversos tipos de violência sobre a saúde das mulheres e a violência contra a mulher como problema de saúde pública; a invisibilidade do tema nos serviços e limites e dificuldades em lidar com o problema no cotidiano da assistência; o papel dos serviços no apoio e assistência às mulheres em situação de violência, à luz das noções de integralidade e intersetorialidade.

O Seminário teve carga horária de 16 (dezesseis) horas e sua metodologia constou de exposições seguidas de debates. Seus conteú-

dos visaram abranger os seguintes aspectos políticos do problema da violência contra a mulher, que aprofundaram o debate travado no módulo do curso sobre o tema:

Os diversos tipos de violência e seus impactos sobre a saúde da mulher;

Novas faces da violência contra a mulher e sua relação com os serviços de saúde;

A rota crítica das mulheres em situação de violência: reflexão sobre limites e obstáculos no acesso das mulheres aos serviços de apoio e assistência;

Desafios para a implementação da rede intersetorial de referência para mulheres em situação de violência.

Referências bibliográficas

ÁVILA, M. B; CORREA, S. E XAVIER, D. Questões Feministas para a ordem médica. In LABRA, E. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

PORTELLA, A. P Estratégias, desafios e limites na formação em gênero e saúde: reflexões a partir de uma experiência feminista. In Vilela, W. e Monteiro, S. (org) *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão*. Rio de Janeiro: ABRASCO/UNFPA, 2005.

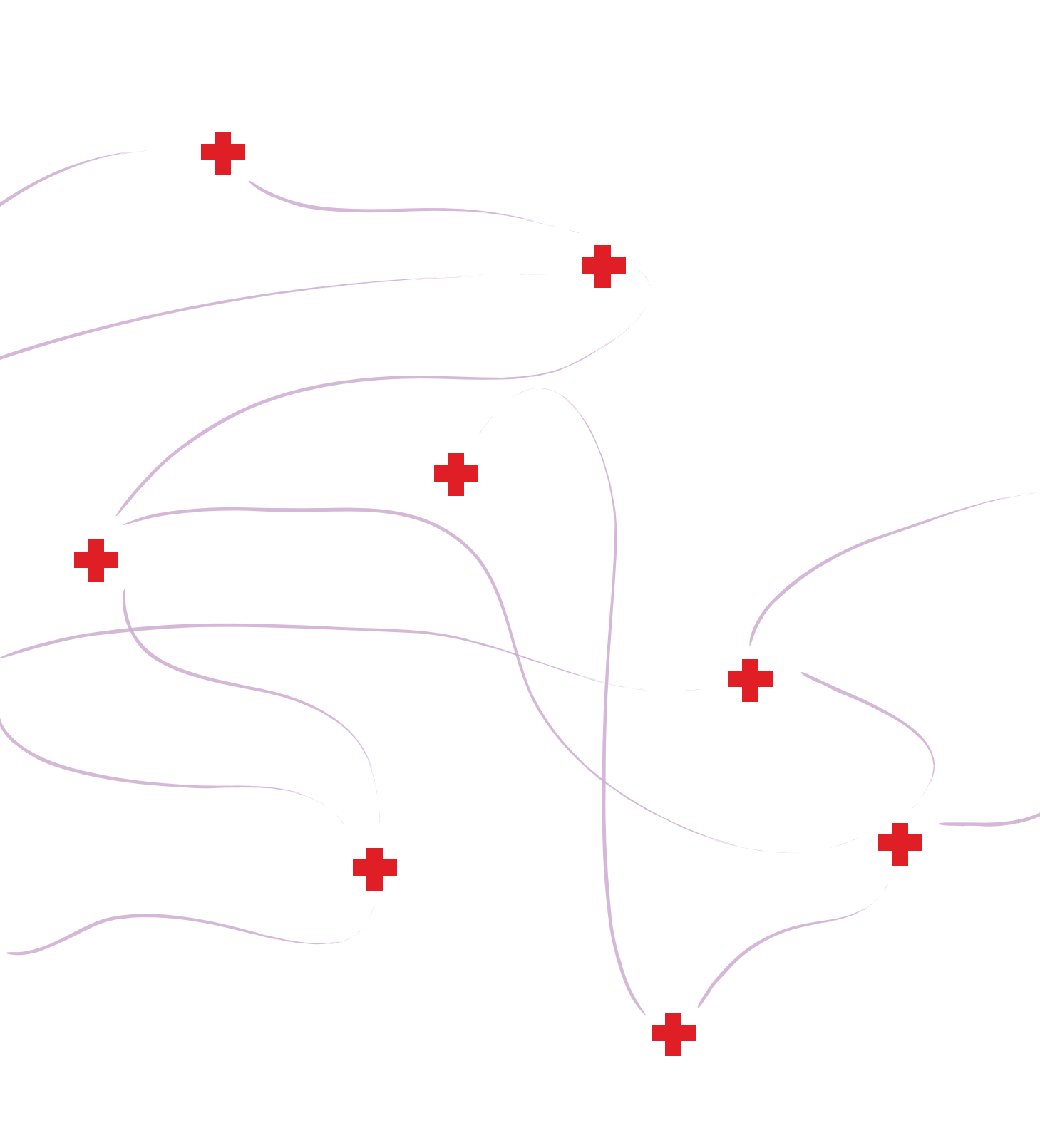
MCCAULEY J, KERN DE, KOLODNER K, DILL L, SCHROEDER AF, DECHANT HK, RYDEN J, BASS EB, DEROGATIS LR. The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Ann Intern Med* 1995; 123: 737-746.

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde, *Interface - Comunic Saúde Educ* 1999; 3: 11-27

SCHRAIBER LB, D' OLIVEIRA AFPL., FRANÇA-JR I, DINIZ CS, PORTELA AP, LUDERMIR AB, VALENÇA O, COUTO MT, PINHO A O Brasil no estudo multipaíses sobre Saúde da Mulher e Violência Doméstica e sexual contra a mulher. *Preliminar report* 2002a. Contract n° 914/BRA/59.

SCHRAIBER, L B; D'OLIVEIRA, A F ; COUTO, M T; PINHO, A A ; HANADA, H; FELICÍSSIMO, A; KISS, L B; DURAND, J G ; *Ocorrência de casos de violência doméstica e sexual nos serviços de saúde em São Paulo e desenvolvimento de tecnologia de atendimento para o programa de saúde da mulher*, São Paulo, FMUSP, 2003a (Relatório final de pesquisa a FAPESP, Processo n.º 98/14070-9)

SCHRAIBER LB, D'OLIVEIRA AFPL, HANADA H, FIGUEIREDO W, COUTO MT, KISS L, DURAND L, PINHO A Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface - comunicação, saúde e educação*, v. 7, n. 12, 41-54, Botucatu, SP, Fundação UNI, 2003b





Panorama da violência vivida pelas usuárias do SUS

Coordenação

Simone Ferreira

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - Recife/PE

Convidadas

Danila Cristina Sala

Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo-Unifesp

Ana Carolina Azevedo

Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFPE

Ana Paula Portella

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - Recife/PE

Debatedora

Jolúzia Batista

Coletivo Leila Diniz - Natal/RN

Relatora

Sandra Valongueiro

Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFPE



A produção da violência nos serviços de saúde e de segurança pública

Danila Sala¹

Desde 2006, professoras pesquisadoras do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) vêm desenvolvendo um estudo sobre a produção de violência no serviço de saúde e segurança pública. O trabalho é coordenado em São Paulo por Eleonora Menicucci de Oliveira, em conjunto com Lucila Viana Amaral, Maria Lúcia Formigoni e Wilza Villela. É um projeto multicêntrico, com término previsto para o início de 2009, que também está sendo desenvolvido no Recife, pelo SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia, e em Brasília, pela Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação de Verônica Ferreira e Lia Machado Zanota, respectivamente.

Inicialmente é importante discutir o conceito de violência como um ato humano e histórico. De acordo com o relatório Mundial da Organização das Nações Unidas (2002), a violência pode ser definida como

“uso intencional da força física ou do poder, real ou por ameaça, contra a própria pessoa, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar, ou

¹Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo

tenha alta probabilidade, em morte, lesão ou dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação”.

A violência é um problema social, histórico e cultural, presente na humanidade desde suas origens, mas que só recentemente foi reconhecida como problema de saúde pública, tornando audível o sofrimento das mulheres, crianças, jovens, grupos sociais, profissionais, entre outros.

A violência contra as mulheres ocorre de diversas maneiras, tanto no âmbito das relações interpessoais quanto nas relações sociais mais amplas. Os serviços que acolhem as mulheres têm um papel fundamental na recuperação da sua integridade física, mental e moral. Foi com este intuito que, em 1985, foi criada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher, em São Paulo. Em 1989, foi estruturado o serviço de saúde no atendimento às vítimas de violência. Uma década depois, foram criadas as normas técnicas de atendimento às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, tendo sido reformuladas em 2005. Um ano antes, em 2004, foi assinado, pelo Presidente da República, o protocolo de notificação compulsória, de identificação ou suspeita de violência contra crianças e mulheres. E, finalmente, em 2006, a Lei Maria da Penha foi sancionada.

O objetivo da pesquisa aqui apresentada foi identificar os mecanismos institucionais que produzem a violência e compreender como se dá a produção dessa violência na relação profissional-usuária e entre os/as próprios/as profissionais. Através de entrevistas com profissionais e mulheres, investigamos se os/as profissionais eram capazes de identificar a violência sofrida pelas mulheres, sem que elas revelassem espontaneamente que sofriam maus tratos. Procurou-se observar, ainda, se os/as profissionais de saúde tratavam as mulheres de forma discriminatória ou sexista. A equipe pôde assistir aos atendimentos e observar como os/as profissionais

de saúde se comportavam no atendimento, as suas condições de trabalho, o ambiente em que as mulheres eram atendidas e se havia condições de segurança para recebê-las. Finalmente, avaliou-se se estavam capacitados para atendê-las.

A estratégia metodológica utilizada foi qualitativa. Os dados foram produzidos por meio da observação dos serviços, anotada em diário de campo, e de entrevistas com roteiros semi-estruturados. Os sujeitos da nossa pesquisa foram os/as profissionais, os/as gerentes dos serviços e as usuárias. Em São Paulo, os serviços estudados foram a Unidade Básica de Saúde do Parque Imperial, os pronto-socorros do Hospital Jabaquara e do Hospital São Paulo. Na área de segurança pública, foram estudadas a segunda e a terceira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e mais outros três Distritos Policiais.

Nessas observações, identificou-se uma triste realidade. Na unidade básica de saúde, a estrutura era verticalizada, com três andares, o que dificultava o acesso de idosos e pessoas com dificuldades de locomoção, com salas pequenas e mal ventiladas -- quando possuíam alguma janela... O ambiente era limpo e o fluxo maior de usuários/as acontecia no período da manhã. Havia ginecologista e clínico geral pela manhã e pela tarde e, por isso, a fila não era grande e a mulher conseguia ter acesso aos médicos.

Nos pronto-socorros, os ambientes eram precários. Muitos, inclusive, estavam em reforma. Em geral, apresentavam estrutura física reduzida, com muitos corredores, bifurcações mal sinalizadas, levando à confusão. Havia pouca ou nenhuma privacidade, além de uma elevada demanda de atendimentos para um reduzido número de profissionais. O Hospital São Paulo, por exemplo, possui pronto-atendimento e pronto-socorro. O primeiro só funciona das 7h às 20h. O segundo recebe apenas os atendimentos oriundos de

ambulância. As vítimas de violência são encaminhadas ao centro obstétrico do pronto-socorro, onde há um espaço preparado para o atendimento. Já no pronto-atendimento, a triagem é feita em um balcão, na frente de outras pessoas.

Nas Delegacias de Defesa da Mulher, os ambientes são amplos, limpos, bem arejados e iluminados, as instalações são confortáveis e estão em bom estado de conservação. Algumas funcionam ao lado do Distrito Policial. Após a Lei Maria da Penha o fluxo aumentou para cerca de 25 casos por dia. O horário de atendimento, no entanto é reduzido, funcionando das 7h às 17h. Nos Distritos Policiais, encontramos ambientes limpos, bem iluminados e a estrutura física corresponde ao maior poder aquisitivo da região. No entanto, questionamos a subnotificação dos dados, afinal, as mulheres vítimas de violência geralmente não são atendidas nos distritos, sendo orientadas a esperar até a abertura da DDM ou a irem à Delegacia da Sé, que é a única Delegacia da Mulher que funciona 24 horas, no centro da cidade. Todos os acessos, porém, são facilitados por vias públicas.

Foram realizadas entrevistas com 21 profissionais de saúde e 20 usuárias e, nelas, identificou-se a dificuldade dos/as profissionais para diagnosticar os casos de violência. Um dos ginecologistas nos disse: *“Vocês estão procurando violência no lugar errado, apesar de estarem falando com a pessoa certa”*. Ao perguntarmos a razão disso, ele falou: *“porque eu trabalho com serviço especializado de vítimas de violência sexual, numa universidade que é de Santo André”* (Universidade de Medicina do ABC). O médico, no entanto, afirmou que lá *“ninguém está preparado para atender vítima de violência sexual. Tem que ir para lá ou para Delegacia de Mulher”*. O mesmo profissional relatou que, naquela unidade, nunca atendeu uma vítima de violência sexual, doméstica ou intrafamiliar e que, se o houvesse feito, não

relataria à pesquisa, por que seus casos são protegidos pelo sigilo médico. Um outro ginecologista nos respondeu que médicos/as desta especialidade não deveriam fazer estes atendimentos porque *“eles/as não têm preparo suficiente para tal”*.

Em outra entrevista, conversamos com uma psicóloga, que relatou que na unidade de saúde havia muitos casos de violência contra a mulher. Perguntamos como a paciente chega e qual o procedimento. Segundo ela, quando as mulheres fazem uso repetitivo do serviço ou apresentam quadro depressivo são encaminhadas à psicóloga, que é capaz de diagnosticar a situação de violência.

As delegadas das Delegacias de Defesa da Mulher acreditam que esses são os espaços mais adequados para o atendimento às vítimas, já que as mulheres têm vergonha de expor sua situação em outros lugares. Percebemos, no entanto, atitudes de discriminação e algumas posturas inadequadas por parte de policiais. Na DDM, um escrivão-chefe nos relatou: *“Eu acredito que você tem que conhecer com quem você se envolve e agüentar as conseqüências”*. E completou:

“Mulher de bandido tem que agüentar a lei do bandido até o final. Ela sabia desde o começo com quem estava se metendo. Se antes de casar o sujeito já batia nela, então por que ela casou?”.

No Distrito Policial, identificamos que as equipes policiais acreditam que *“há uma hierarquia entre os delitos. Quanto menos visível é a violência, menos ela é levada a sério”*. Vale salientar que nas delegacias foi muito difícil entrevistar os/as profissionais.

As vítimas de violência também tinham dificuldade em procurar o atendimento porque as Delegacias da Mulher funcionam em horário comercial e muitas mulheres não podem se ausentar de seus trabalhos nesses períodos.

Um outro empecilho encontrado pelas mulheres foi o fator religioso, como diz uma usuária:

“Com o meu primeiro marido, que conheci na igreja evangélica, agüentei ser violentada por sete anos porque tinha um filho, a igreja não aceitava o divórcio e eu acreditava que podia mudá-lo”.

O medo da exposição e de um posterior julgamento também foram apontados na pesquisa por uma das entrevistadas:

“não me sentia à vontade porque não queria expor mais a minha vida e meus problemas porque estava me sentindo muito humilhada”.

Os/as profissionais de segurança pública demonstraram preconceito e frustração com relação às mulheres que procuram o serviço com frequência, prestando queixas contra o mesmo agressor: *“Como uma mulher pode apanhar por anos e mesmo assim continuar com o agressor?”*. Aparentemente, essa reação se deve a fato de quererem ajudar e não conseguirem da mulher uma resposta efetiva no sentido de se separarem do agressor e prosseguirem com o processo.

Percebemos também a banalização da violência, como no caso da delegada que disse não sofrer grande impacto ao atender as mulheres por já ter se habituado com a rotina da violência.

Há uma notável relação entre alcoolismo e violência. As delegadas afirmaram que quanto mais longe do centro, mais frequentes são os casos de violência contra a mulher e maior é a gravidade. Segundo elas, isso se dá porque nos bairros periféricos a incidência de uso e abuso de álcool é grande, o que aumenta muito a ocorrência dos casos. Observa-se, portanto, que a embriaguez e o uso

de outras drogas estão relacionados aos casos de agressão física ou verbal atendidos na delegacia. Para uma das profissionais:

“as drogas fazem parte tanto do universo do agressor quanto das vítimas. Essas, por sofrerem tamanho abalo emocional com o stress causado pelas agressões, acabam muitas vezes buscando refúgio nas drogas, criando, desta forma, o ciclo vicioso”.

Nas delegacias, o horário de funcionamento precisa ser modificado. Apenas uma Delegacia de Defesa da Mulher em São Paulo funciona 24 horas. Quando essa delegacia está próximo ao distrito policial, aumentam as demonstrações de preconceito e as posturas sexistas com as vítimas de violência. São poucas as DDMs em comparação com os distritos policiais, sendo mais fácil buscar um distrito. É notável a discriminação no atendimento, mas o serviço especializado com psicólogas é oferecido, apesar de estar disponível em horário reduzido.

Nos distritos policiais, identificamos profissionais despreparados/as, agindo de forma pouco responsável no atendimento às vítimas, havendo também subnotificação dos casos. Há que se reconhecer, porém, que é maior a facilidade de acesso ao distrito policial, seja porque é maior o número de unidades ou porque o horário de funcionamento é mais alargado, quando comparado às unidades de saúde. Em Itaim Bibi, um bairro nobre da capital paulista, é possível perceber a diferença no atendimento, de muito melhor qualidade quando comparado aos outros bairros estudados.

Em um breve levantamento, constatamos que antes da Lei Maria da Penha, as delegacias registravam, em média, 10 denúncias diárias. Com a nova legislação, este número aumentou para 25 casos.

Já nas unidades básicas de saúde a pesquisa concluiu que existem dificuldades na identificação da violência contra as mulheres, que o ambiente não é favorável à busca de atendimento por parte das mulheres e, além disso, não há profissionais preparados/as para receber estas usuárias, embora haja uma equipe multiprofissional com psicólogas e enfermeiras designadas para atender as mulheres.

Nos pronto-socorros, o ambiente, as condições de trabalho e a reduzida quantidade de profissionais influenciam diretamente no atendimento das vítimas. No entanto, as mulheres ouvidas afirmaram ser o serviço de saúde o local em que preferem buscar atendimento por acreditar que são melhor atendidas. O horário de funcionamento dos pronto-socorros e a facilidade de acesso foram os pontos positivos deste serviço.

O quadro abaixo sintetiza o que encontramos nos diferentes

UBS	DDM	PS	DP
Identificação da violência	Horário de funcionamento	Ambientes e condições de trabalho	Profissionais desempregados
Ambiente	DDM/DP – Jaguaré	No insuficiente de profissionais e sem treinamento	Falta de responsabilidade no atendimento à vítima
Profissionais capacitados	Poucas unidades		Subnotificação
	Discriminação		
Equipe multiprofissional	Atendimento especializado	Falta de acesso	Facilidade de acesso
	Ambiente acolhedor	Horário de funcionamento	Maior no de unidades
	Lei Maria da Penha		Horário de funcionamento
			Ambiente / Itaim Bibi

UBS – Unidade básica de saúde; DDM – Delegacia de defesa da mulher; OS- Pronto-socorro; DP – Distrito policial



serviços. A primeira linha apresenta os aspectos negativos e a segunda, os positivos.

Diante deste panorama, algumas questões se colocam. De fato, valeu a pena a criação de serviços especializados no atendimento às mulheres? Qual o impacto da Lei Maria da Penha sobre estes serviços? As impressões iniciais do nosso trabalho nos levam a crer que, apesar dos problemas identificados, valeu a pena a criação dos serviços especializados. Percebemos que as mulheres são atendidas e que há um interesse, uma preocupação das equipes em ajudar aquela usuária. Com a Lei Maria da Penha, parece existir maior agilidade no processo penal e a mulher se sente mais segura para fazer a denúncia. De acordo com as delegadas, quanto menor a renda e a escolaridade da mulher, menor o conhecimento sobre a Lei, o que chama a atenção para a necessidade de esclarecer a população sobre o assunto. Para concluir, só nos resta dizer que esperamos que esses resultados colaborem para alcançar o propósito central deste estudo que é deixar de produzir violência nos serviços de saúde e de segurança.

A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida

Ana Carolina Azevêdo¹

O foco dessa pesquisa, que teve orientação da professora Tália Barreto, da Universidade Federal de Pernambuco, é a violência cometida pelo parceiro e o campo da reprodução. Mais especificamente, volta-se para o problema da gravidez não-pretendida. Ao longo desse artigo, poderemos discutir um pouco esses conceitos e entender como os dados foram investigados e analisados.

O marco teórico que subsidiou o trabalho compreende:

- a) a dinâmica da relação entre as mulheres e seus parceiros a partir de uma perspectiva de gênero;
- b) a violência enquanto uma assimetria e uma hierarquia entre os gêneros, com fins de dominação, exploração e opressão;
- c) as diferentes expressões da violência cometida pelo parceiro (física, psicológica e a sexual) e suas repercussões para as escolhas reprodutivas e contraceptivas;
- d) uma delimitação entre as definições de gravidez não-pretendida, não-desejada e não-planejada.

¹ Psicóloga, mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Pernambuco.

São ainda questões importantes do ponto de vista teórico, o tema do desejo e dos sentimentos despertados pela ocorrência de uma gravidez; a noção de “planejamento”, tanto na perspectiva das atitudes relacionadas à gravidez quanto nos seus aspectos socioeconômicos e culturais; e a idéia de pretensão, entendida como a intenção de engravidar por parte da mulher associada a fatores de interação com o parceiro.

No Brasil, durante muito tempo, falar de planejamento era simplesmente se referir ao uso ou não de contracepção, mas, atualmente, os novos conceitos, mais elaborados e mais amplos, procuram também dar visibilidade à possível associação entre a violência cometida pelo parceiro e a gravidez não-pretendida. Na América Latina, o primeiro estudo sobre esta questão foi desenvolvido apenas em 2001, pela pesquisadora colombiana Cristina Palito.

O objetivo-geral da pesquisa foi investigar a associação entre ter sofrido algum tipo de violência cometida pelo parceiro íntimo, atual ou ex-parceiro mais recente, e a ocorrência de gravidez não pretendida entre mulheres grávidas. Embora estivéssemos pesquisando a violência ocorrida antes da gestação, o estudo voltou-se para mulheres grávidas à época da pesquisa, solicitando-se informações retroativas sobre paridade e situação de conjugalidade, ou seja, casadas ou unidas. Foram entrevistadas mulheres cadastradas em unidades do Programa Saúde da Família, do distrito sanitário II, da cidade do Recife.

Os objetivos específicos foram os seguintes:

- a) estimar a prevalência de gravidez não-pretendida entre as mulheres investigadas, considerando a gravidez atual;
- b) descrever a freqüência, os tipos de violência cometida pelo parceiro no cotidiano das relações, incluindo-se os tipos conjugados;

- c) investigar a influência das vivências de violência infligidas pelo parceiro íntimo e a ocorrência de gravidez não-pretendida, assim como outros fatores associados a este evento.

Que outros fatores estão associados à gravidez não-pretendida, além da violência? Para responder a esta pergunta, realizamos um estudo epidemiológico, de corte transversal, que integrou o projeto mais amplo Aborto e Violência de Gênero - o maior em funcionamento no Programa Integrado de Saúde Coletiva da UFPE. Fizemos uso de um questionário estruturado, pré-testado, com questões codificadas, aplicado em entrevistas face a face. As entrevistadoras foram treinadas para abordar tanto a temática da saúde reprodutiva como a violência, da forma mais adequada possível. O questionário foi adaptado do instrumento utilizado no Estudo Multipaíses da Organização Mundial de Saúde (OMS), intitulado “Saúde da Mulher e Violência Doméstica”. Existe uma padronização nos instrumentos que estudam a violência contra as mulheres no que se refere à forma de investigar, que procura superar os limites da subrevelação, dados pela complexidade e sensibilidade do problema.

Foram entrevistadas 1.069 mulheres grávidas, casadas ou unidas, independentemente de coabitação - algumas mulheres tinham parceiro, mas não coabitavam o mesmo espaço -, com o tempo mínimo de convivência de seis meses. A idade dessas mulheres variou entre 18 e 49 anos.

A violência foi a variável independente, mas o elemento que se desejava analisar era justamente a gravidez não pretendida. Portanto, no questionário, constavam as perguntas:

Antes de saber que você estava grávida, você estava tentando engravidar?

Queria engravidar?

Queria engravidar, mas não agora?

Não queria engravidar?

Não fazia diferença?”.

As respostas “queria engravidar, mas não agora” ou “não queria engravidar” foram classificadas como gravidez não pretendida. “Estava tentando engravidar” ou “queria”, foram entendidas como gravidez pretendida. E para as que responderam que “não fazia diferença”, que é uma resposta difusa dentro do questionário, buscamos avaliar os motivos da mulher em outros itens do questionário, os quais davam visibilidade e tornavam mais palpável essa referida indiferença.

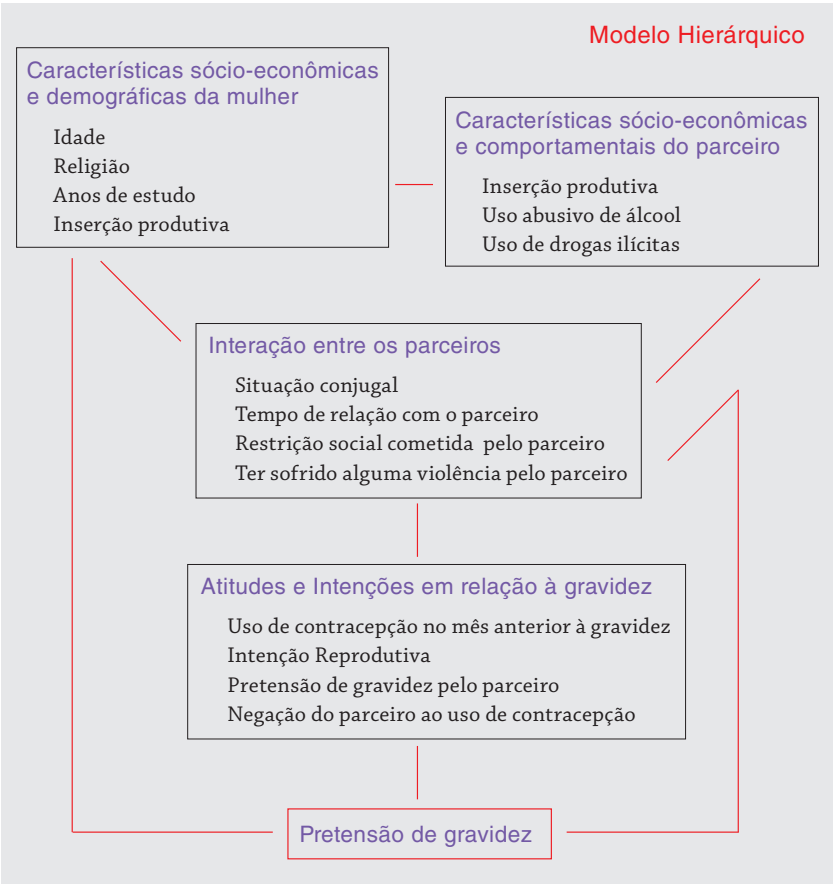
Na análise, consideramos os motivos da mulher para não querer engravidar, a reação à gravidez, se pensou ou tentou aborto, o número de filhos/as tidos/as e pretendidos/as e outras observações adicionais. Para a análise das associações entre as variáveis utilizamos o modelo hierárquico, considerando como exposição principal “ter sofrido alguma forma de violência pelo parceiro atual ou ex-parceiro mais recente, antes da gravidez”. As variáveis relacionadas à violência foram: física, psicológica e sexual.

Foram pesquisadas características socioeconômicas e demográficas da mulher como idade, religião, anos de estudo e inserção produtiva, para verificar suas relações com a pretensão de gravidez e as características socioeconômicas e comportamentais do parceiro, como inserção produtiva, uso abusivo de álcool, uso de drogas ilícitas. Um dos principais blocos da pesquisa focou a interação da mulher com o parceiro: sua situação conjugal e o tempo de relação com o parceiro (de seis meses em diante). Considerou-se que, como existia muita fragilidade na qualidade do vínculo das relações com menos de seis meses, esses casos não seriam incluídos na pesquisa.

O último bloco do questionário centrou-se nas atitudes e nas intenções em relação à gravidez: uso de contracepção no mês anterior

à gravidez; a intenção reprodutiva da mulher; se o número de filhos era igual ou maior que o pretendido; a pretensão de gravidez pelo parceiro; a negação ou aceitação dele ao uso de contraceptivos; e o impacto disso sobre o desfecho. Todos os dados referentes ao parceiro foram dados pela mulher, não foram coletados diretamente com esse parceiro. O quadro abaixo sintetiza os blocos do modelo hierárquico utilizado para estudar as associações entre as variáveis.

Quadro 1 – Descrição do modelo hierárquico



Observa-se nos resultados referentes à caracterização da população que 65 % das mulheres tinham entre 20 e 29 anos; 80% eram não-brancas; 57% tinham religião (consideramos tipo de religião e a frequência aos eventos religiosos) e que 70,7% das mulheres estavam sem inserção produtiva no mercado de trabalho. Um fator interessante é que apesar de não estarem trabalhando, a maior parte das mulheres tinha algum projeto para essa inserção ou para qualificação profissional futura de forma muito significativa. Vimos, junto às mulheres que estavam estudando, que isso teve um impacto imenso para a pretensão de gravidez. Outros dados revelaram que: 81,6% estavam sem nenhuma renda ou com renda menor que um salário-mínimo; 73,5% das mulheres estavam casadas ou coabitando com o parceiro e 53,7 % tinham de seis meses a quatro anos de relação. O quadro abaixo sintetiza essas informações:

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das entrevistadas

Idade		
Menor ou igual a 19 anos		13,6 (145)
Entre 20 e 29 anos		65,7 (702)
Maior ou igual a 30 anos		20,8 (222)
Raça		
Não branca		79,5 (850)
Branca		20,3 (217)
Religião		
Sem religião		42,3 (452)
Com religião		57,2 (612)
Escolaridade (Anos de estudo)		
0 a 4 anos		23,6 (252)
5 a 8 anos		39,1 (418)
9 anos ou mais		37,3 (504)

(cont.)

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das entrevistadas (continuação)

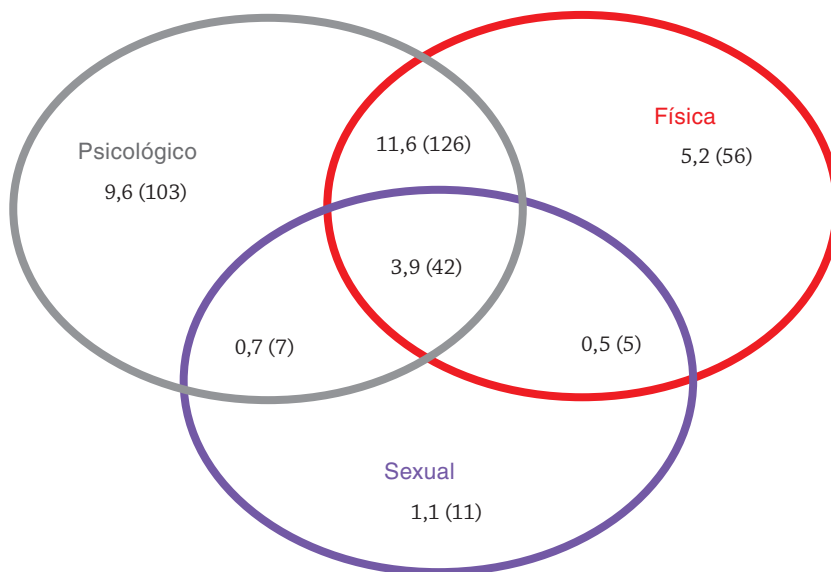
Inserção Produtiva	
Sem inserção	70,7 (756)
Estudantes	5,4 (58)
Com inserção	23,9 (255)
Renda Pessoal	
Sem renda ou com renda menor que 1 salário mínimo	81,6 (872)
Com renda maior ou igual a 1 salário mínimo	18,0 (192)
Situação Conjugal	
Separadas	10,7 (114)
Com parceiro, mas sem coabitação	15,8 (169)
Casadas ou coabitando	73,5 (786)
Tempo de relação com o parceiro	
6 meses a 4 anos	53,7 (574)
Entre 5 e 7 anos	22,3 (238)
8 anos ou mais	24,0 (257)

Em relação à prevalência da violência cometida pelo parceiro íntimo: 26% relataram sofrer violência psicológica; 21,4%, violência física; e 6,1% a sexual; 32,7% referem ter sofrido alguma forma de violência sem classificá-la e 67, 1% diz não ter sofrido nenhum tipo de violência.

Merece destaque que algumas destas mulheres sofriam mais de um tipo de violência. Das que relataram violência psicológica, 11,6% sofreram violência física e 3,9%, física e sexual também; 0,7% se referem às agressões psicológicas e sexual; e 0,5%, a física e a sexual. Sabemos que isso, às vezes, ainda é expressão da sub-revelação, uma vez que a violência sexual geralmente está associa-

da à física e a psicológica. Estudos em distintas culturas também apontam para estas subrevelações. Inclusive, porque em algumas culturas o casamento dá ao homem a prerrogativa do sexo incondicional, o que dificulta às mulheres revelar esta violação.

Figura 1 – Sobreposição das diferentes formas de violência.



Ter sofrido alguma forma de violência (n=350) = 32,7%

Não sofreu violência (n=719) = 67,3%

Encontramos uma altíssima prevalência de gravidezes não-pretendidas: 60,4%, sem considerar as mulheres que abortaram. Incluímos no estudo todas as mulheres que levaram a gravidez até o final, independentemente de estarem ou não sofrendo violência.

Apenas 39,5% eram gravidezes pretendidas. Entre as mulheres que sofreram violência, quase 70% referiram a gravidez não-pretendida com uma chance de ocorrência 1,74 vezes maior quando comparadas às outras. Este número nos diz que a proporção de gravidez não pretendida foi 74% maior entre as mulheres que sofreram violência pelo parceiro. Entre as mulheres que não sofreram violência, a proporção de gravidez não-pretendida foi de 56,3%.

Entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência 68% estavam unidas, 15% separadas e 17% com parceiro, mas sem viver junto; 47,1% tinham quatro anos ou menos de relacionamento; 88,3% revelaram sofrer atitudes de restrição social pelo parceiro; 43,3% estavam usando contracepção no mês anterior à gravidez. Isto nos leva a dois pontos: a pouca efetividade no uso destes métodos e as dificuldades de negociação com o parceiro. No universo pesquisado, 51% referiram que os parceiros não pretendiam a gravidez. Sobre este aspecto, também, as pesquisas revelam a influência da opinião do parceiro em relação a como a mulher classifica sua própria gravidez. Todos os estudos, de forma consistente, mostram que se o parceiro não quer engravidar, as mulheres têm a tendência a classificar sua gravidez como não-pretendida. É como se o divisor de águas estivesse muito pouco estruturado entre o que é a pretensão da mulher e o que é a do parceiro.

Na análise hierarquizada multivariada, que nos permite uma avaliação mais refinada desses dados, o fato de ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro manteve-se associada à gravidez não pretendida, mesmo quando ajustada pelos fatores sócio-econômicos e demográficos da mulher; sócio-econômicos e comportamentais do parceiro; e pela interação entre os parceiros. As mulheres que sofreram violência têm 1,54 vezes mais chance do que as que não sofriam de ter uma gravidez não-pretendida.

Porém, quando são incluídos no modelo os fatores do bloco “atitudes e intenções em relação à gravidez” (ou seja, uso de contraceptivos no mês anterior à gravidez; pretensão de gravidez pelo parceiro; intenção reprodutiva; negação do parceiro ao uso de contracepção), a violência pelo parceiro perde seu nível de significância, assim como o uso de drogas ilícitas pelo parceiro. A presença de fatores mais proximais ao desfecho desloca a violência (pretensão de gravidez pelo parceiro e uso de contracepção) do modelo. Porém, há um fator fundamental e a maioria dos estudos mostra que a violência se expressa através de atitudes do parceiro de recusa, desaprovação ou tentativas de impedimento em relação ao uso de contraceptivos.

Assim, os fatores associados à gravidez não-pretendida foram: estar estudando; estar sem o parceiro na ocasião da entrevista; ter um tempo de relacionamento com quatro anos ou menos ou com oito anos ou mais; engravidar na presença do uso de contraceptivos no mês anterior à gravidez; ter um número de filhos maior ou igual ao pretendido; ter um parceiro que não pretendia a gravidez e ter um parceiro que desaprovava, impedia ou se recusava ao uso de contracepção.

A proporção de mulheres que engravidaram usando contracepção foi maior entre as mulheres expostas à violência pelo parceiro, do que entre as não-expostas. Entre as mulheres que sofriam algum tipo de violência foi maior a proporção de uso de contracepção no mês anterior, do que entre as que não declararam sofrer violência. Isto demonstra que elas estão tentando se proteger mais, mas têm maior dificuldade de se manterem engajadas em projetos de regulação da fecundidade. Então, podemos pensar em uma ineficácia do método, nas dificuldades de acesso ou de negociação com o parceiro nas decisões relacionadas à gravidez.

Os dados ratificam a necessidade de detectar precocemente a violência pelo parceiro em diversas esferas do setor saúde, realizando intervenções para preveni-la. Precisam ser ampliadas as políticas públicas de planejamento reprodutivo, bem como os investimentos no campo da saúde e da educação, incluindo homens e mulheres, focalizando-se a pretensão de gravidez, as escolhas reprodutivas, as negociações em torno da reprodução, da contracepção e as implicações da gravidez não-pretendida para ambos. Muitas mulheres chegam ao planejamento familiar quando já engravidaram e, por isso, é preciso atingir esta população de forma muito mais precoce. A partir de uma abordagem relacional, é necessário colocar homens e mulheres para pensar, fazer grupos focais nas instituições. Isto, por sua vez, implica em articular a urologia, a clínica médica, a ginecologia e a obstetrícia com essa abordagem das questões de gênero no campo da reprodução.

Violência contra as mulheres entre usuárias do Programa de Saúde da Família no Recife (PE)

Ana Paula Portella¹, Ana Maria de Brito²,
Lília Blima Schraiber³

Este trabalho é uma síntese da minha dissertação de mestrado, orientada por Ana Maria de Brito, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães /FIOCRUZ. Foi parte de um projeto nacional, coordenado por Lília Blima Schraiber, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que, por isso, considero como co-orientadora deste trabalho. A violência é um tema central do movimento feminista desde a sua origem e, nesta perspectiva, expressa e perpetua as relações de desigualdade entre homens e mulheres. Ou seja, é um mecanismo de perpetuação e reprodução da dominação dos homens sobre as mulheres.

Existe uma ampla produção teórica sobre a violência contra as mulheres no Brasil e no mundo, mas, apesar disso, ainda é um campo novo de conhecimento, visto que esta produção só se inicia nos últimos 30 anos. E por ser um campo novo, há poucos consensos e muitas imprecisões conceituais em torno do problema. Então, é comum o uso dos termos “violência contra as mulheres”, “violên-

¹ Coordenadora de pesquisa do SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia

² Professora e pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco;

³ Professora e pesquisadora da Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo.

cia de gênero”, “violência sexista”, “violência contra a mulher” sem que se precise exatamente seus significados e diferenças. Não se quer com isso estabelecer a existência de um único conceito que dê conta de todo o campo de estudos, pois sabe-se que, muitas vezes, o próprio campo exige que se opere com diferentes conceitos. Mas chama-se a atenção para a necessidade de deixar claro o termo com que se trabalha: aqui, utilizaremos “violência contra as mulheres”, de forma a explicitar a vítima e a diversidade de suas condições sociais e culturais.

Nos anos 90, a violência contra as mulheres ganha reconhecimento público, como um problema de saúde pública, pela Organização Mundial de Saúde, pela Organização Pan-americana de Saúde e por associações profissionais do campo médico, sendo também apontada como violação de direitos humanos. Até este período, a violência era vivenciada como uma questão privada. Graças à ação do movimento de mulheres e do movimento feminista, o tema chega à cena pública e passa a ser reconhecido por outros sujeitos sociais e políticos para além do próprio movimento.

As definições que orientaram este trabalho estão ancoradas em primeiro lugar na Convenção de Belém do Pará, elaborada pela Organização de Estados Americanos, em 1994. De forma resumida, conceitua a violência como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. No âmbito nacional, também utilizamos a Lei Maria da Penha, que se baseia na Convenção de Belém do Pará, e opera algumas modificações no entendimento da violência, acrescentando a questão do dano moral ou patrimonial e da livre orientação sexual. Além disso, a lei amplia o conceito ao não definir a violência apenas no modelo heterossexual.

Algumas pesquisas, realizadas em diferentes países, nas últimas décadas mostram que a violência contra as mulheres é um fenômeno de grande magnitude. Na Austrália, temos apenas 3% de registros de violência, mas, em outros, encontramos prevalências muito altas, indo até 69%, como é o caso da Nicarágua.

No Brasil ainda são poucas as pesquisas populacionais sobre o problema, mas, as poucas existentes também encontraram altas prevalências. No município de São Paulo, encontrou-se uma incidência de 27% de violência física contra a mulher cometida pelo parceiro, pelo menos uma vez na vida. Na Zona da Mata, em Pernambuco, este percentual se eleva para 34%. Este estudo foi realizado pela Organização Mundial de Saúde em dez países, de 2001 a 2002. Nesse estudo, realizado em dez países, a maior taxa de violência foi encontrada na área rural do Peru (61%) e a mais baixa em Tóquio (13%).

Em serviços de atenção primária, a proporção de casos de violência contra a mulher é grande, afinal como este é um ato que provoca dano, lesão, então a usuária que é agredida procurará muito mais o serviço. Estas taxas variam cerca de 21% em alguns países até 55% em São Paulo.

A violência contra as mulheres traz inúmeras repercussões para a saúde. No que se refere à saúde física e mental, encontra-se, entre as mulheres que sofreram violência, maiores índices de suicídio ou abuso de álcool e outras drogas, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, sofrimento psíquico em geral e o próprio homicídio, que é o caso mais extremo de violência. No campo da saúde reprodutiva e sexual, os estudos indicam que as mulheres que sofrem violência apresentam mais dores pélvicas crônicas, doenças pélvico-inflamatórias, maior risco de contrair AIDS, um baixo uso de contraceptivos, uma maior proporção de gravidez indesejada e de aborto.

A violência na gestação apresenta repercussões como: depressão, maior uso de cigarro, álcool e outras drogas, anemias, hemorragias. As grávidas que sofrem violência ganham menos peso do que as que não sofrem, se alimentam de maneira menos saudável, iniciam o pré-natal tardiamente. Além disso, estas mulheres têm um padrão de maior uso dos serviços de saúde, tanto nos serviços ambulatoriais como de emergência, em função da recorrência e da própria progressão dos episódios.

Em geral, a violência doméstica ocorre por meio de um ciclo longo que se agrava com o tempo. Começa como violência psicológica, depois passa para o grito, o empurrão, o chacoalhão, o soco, a surra. A violência doméstica não se reduz a um único episódio, são raros os casos em que as mulheres sofrem apenas uma vez. Alguns autores descrevem essa situação das mulheres que sofrem violência e procuram os serviços de forma recorrente como “Battering syndrome” (síndrome do espancamento). Neste quadro, há um aumento dos sintomas clínicos e dos problemas emocionais, com sofrimento mental duradouro após os episódios violentos. Esta síndrome é o principal fator preditor de visitas das mulheres ao médico e do aumento de custos de pacientes ambulatoriais. Sendo assim, a violência contra as mulheres também representa um aumento dos custos para os serviços da saúde. O Banco Mundial, em 1993, calculou que as mulheres que sofrem violência perdem, em média, nove anos e meio de vida saudável.

Utilizamos nesta pesquisa a definição operacional da violência física e sexual, cometida por parceiro íntimo atual ou mais recente, ocorrida alguma vez na vida ou nos 12 meses anteriores à realização da entrevista, de acordo com a frequência dos episódios, ou seja, uma ou poucas vezes e muitas vezes. A violência

recorrente nos interessou por que podemos considerá-la como a mais grave.

O objetivo do trabalho foi analisar a violência física ou sexual entre mulheres de 15 a 49 anos, usuárias dos serviços do Programa Saúde da Família do Recife, de acordo com as características sócio-demográficas e sanitárias. Esta dissertação, como já disse, é uma parte de um estudo maior, realizado no Recife e em São Paulo, intitulado “Saúde da Mulher: relações familiares e serviços de saúde do SUS”. A amostra foi de 3.832 usuárias de três tipos de serviços: atenção básica, emergência gineco-obstétrica e maternidades. Além do estudo de prevalências, ou seja, para identificar a proporção de mulheres que sofriam violência, fizemos análises de prontuários e entrevistas em profundidade com as usuárias para identificar qual a rota de saída das mesmas da situação de violência.

Na dissertação “Violência contra as mulheres entre usuárias do Programa de Saúde da Família no Recife (PE)”, trabalhamos apenas com os dados oriundos das usuárias do PSF do Recife. A amostra foi representativa das usuárias dos seis distritos sanitários da capital, com um total de 2160 mulheres. As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde onde as mulheres eram atendidas. Para tal, contou-se com o aceite da Secretaria Municipal de Saúde, que nos garantiu salas que asseguraram a privacidade e a confidencialidade das informações. Cada entrevista teve duração, em média, de 40 minutos. Utilizando o mesmo questionário da já referida pesquisa da OMS, não perguntávamos diretamente às entrevistadas se haviam sofrido agressões. Identificávamos a violência com base nos atos violentos listados nas questões formuladas pela OMS, como se vê no quadro a seguir.

Quadro 1 – Questões sobre violência

Ítems do enunciado no questionário	
Alguma vez, o seu atual ou mais recente marido companheiro/a tratou você da seguinte forma:	
Tipos de violência	Psicológica
	a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
	b) Depreciou-a ou humilhou-a diante de outras pessoas
	c) Fez coisas para assusta-la ou intimida-la de propósito (por exemplo, a forma como a olha, grita, quebra coisas, objetos pessoais)?
	d) Ameaçou machuca-la ou alguém ou algo de que(m) você gosta?
	Física
	a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machuca-la
	b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão
	c) Machucou-a com um soco ou algum objeto?
	d) Deu-lhe um chute, arrastou e surrou você?
	e) Estrangulou ou queimou você de propósito
	f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
	Sexual
	a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria
	b) Você teve relações sexuais por que estava com medo do que ele/a pudesse fazer?
	c) Forçou-a a uma pratica sexual degradante ou humilhante

A caracterização sócio-demográfica da amostra revela que a população estudada é jovem, com média de idade de 28 anos. A maioria era de pardas e pretas (67,3%), pobres (82,2%), com baixa escolaridade (68,4% tinha até oito anos de estudo) e apresentavam precaridade ocupacional (42,4% eram donas de casa, 11,2% empregadas domésticas e 8,9% estavam desempregadas).



Para identificar episódios de violência na infância ou adolescência, perguntávamos os motivos da saída da casa em que foram criadas: 50,1% saíram para casar e 6,5% por violência ou uso de álcool/drogas. No quesito conjugalidade, 82% tinham parceiro com relação sexual, podendo ser namorado, marido ou companheiro; 17,3% não possuíam parceiro; 53,7% dos parceiros eram mais velhos que as mulheres; 50,7% dos casais tinham a mesma escolaridade; e 79,9% dos parceiros estavam empregados e/ou ocupados.

Com relação à vida sexual e reprodutiva, 16,8 anos foi a média de início da vida sexual; 32,9% estavam grávidas ou sem usar contracepção e 37,6% das que usavam contracepção estavam esterilizadas; 37,9% (n=765) nunca usaram preservativos para evitar DSTs.

A pesquisa também revelou que a maioria dos parceiros já se recusaram a usar preservativos (65,4%); 75,6% das mulheres fizeram o teste anti-HIV no pré-natal; 86,5% já engravidaram; 32,6% já abortaram; 34,3% já provocaram aborto; 25,8% fizeram uso de álcool e/ou drogas na gestação; 15,6% tiveram filhos nascidos com baixo peso; 3,4% tiveram filhos natimortos; e 6,8% tiveram filhos mortos com menos de um ano de idade. Estas informações foram necessárias para identificar se a maior ou menor ocorrência destas situações estavam associados à violência cometida por parceiro ou ex-parceiro.

Em uma avaliação de sintomas que poderiam estar relacionados à violência observamos que 31% das mulheres haviam pensado em suicídio e, destas, 37,7% tentaram se suicidar. Quase metade das entrevistadas (48,5%) havia ingerido analgésico no mês anterior à pesquisa. O uso de tranqüilizantes, remédios para dormir e para emagrecer foi baixo (10%). No entanto, dores e outras sintomatologias estiveram presentes no mês anterior à realização da entrevista: a mais comum foi a dor no baixo-ventre, seguida de tontura, dor

de cabeça, corrimento e dor na relação sexual. Os gráficos abaixo apresentam essas informações.

Gráfico 1 – Uso de medicamentos no mês anterior à entrevista.
Recife, 2006

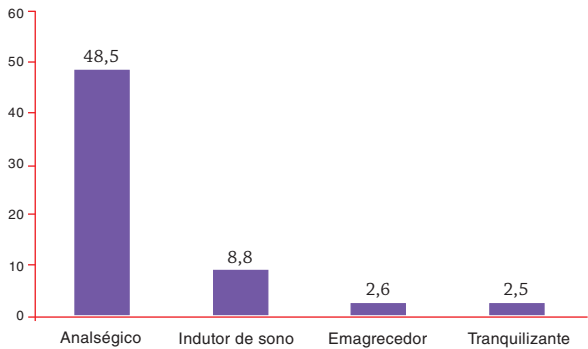


Gráfico 2 – Presença de sintomas selecionados.
Recife, 2006

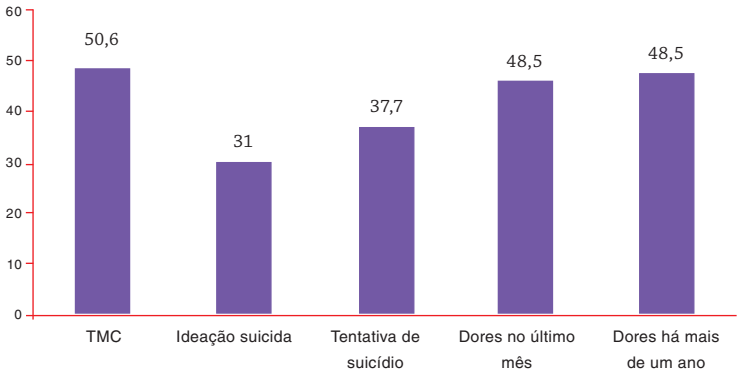
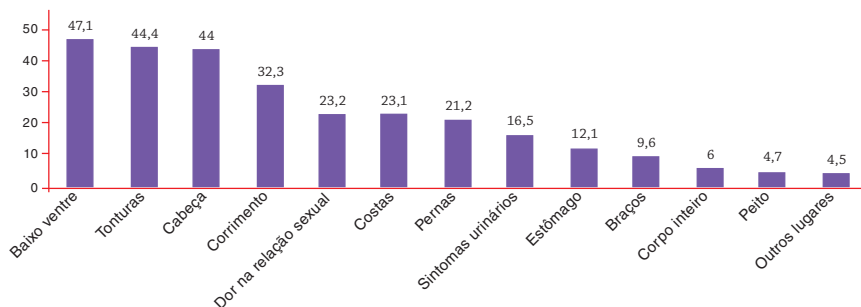


Gráfico 3 – Presença de dores e outros sintomas no mês anterior a entrevista. Recife, 2006



As prevalências de violência ocorrida alguma vez na vida foram muito altas: 35,8% de violência física; 46,4% de violência psicológica, 37,8% de violência física ou psicológica e 52,2% de qualquer tipo de violência. Ou seja, metade das mulheres que utilizam o PSF no Recife já foram vítimas de violência por parceiro pelo menos uma vez na vida. Cerca de metade das mulheres afirmou ter vivido violência no ano anterior à realização da pesquisa, o que indica a possibilidade de que estivessem vivenciando situação de violência no momento da pesquisa.

Entre os fatores sócio-demográficos, ter saído de casa por ter experimentado ou presenciado violência ou uso de droga foi o mais fortemente associado à violência. Em seguida, ter saído de casa para casar, sair de casa para viver só e trabalhar, ter vivenciado duas ou mais uniões e estar sem parceiro também se mostraram associados à violência. Outros fatores associados foram a menor escolaridade, a pobreza, viver em moradia precária, ser preta ou

parda. Com relação à religião, as únicas que se mostraram associadas foram as de matriz pentecostal. As mulheres com o perfil descrito acima apresentam mais chances de sofrer ou ter sofrido violência por parte dos parceiros do que, por exemplo, aquelas de melhor renda, maior escolaridade e brancas.

Estudos indicam que mulheres em situação de violência encontram mais dificuldades para fazer uso de contraceptivos e, por isso, a esterilização é um de seus métodos preferenciais, uma vez que evita a negociação com o parceiro ao mesmo tempo em que protege da gravidez de forma eficaz. Em nossa análise, as mulheres esterilizadas apresentaram duas vezes mais chances de terem sofrido violência do que aquelas que usavam outros métodos. Essa proporção se repetiu ao se analisar a recusa do parceiro em usar o preservativo: mulheres que já vivenciaram essa situação também apresentaram maiores chances de ter sofrido violência. As mulheres que sofreram violência apresentam maiores chances de ter tido filhos natimortos, aborto provocado, filho morto com menos de um ano ou filhos com baixo peso e, do mesmo modo, têm mais chances de engravidar do que aquelas que não vivenciam violência.

Entre as mulheres que sofrem violência encontrou-se maior ocorrência de ideação suicida, ou seja, pensar em se matar, assim como de Transtorno Mental Comum (TCM), caracterizado por tristeza, choros freqüentes e dificuldade em cumprir as tarefas cotidianas. Estas usuárias também apresentam maior possibilidade de ter verruga vaginal, dor no baixo ventre, dor na relação sexual, corrimento, tonturas, sintomas urinários, dores em geral, de fazer uso de emagrecedores e analgésicos e procurar os serviços de saúde por problemas sexuais e reprodutivos.

A análise multivariada apontou as questões mais fortemente associadas à ocorrência da violência:

- 1) o fato de estar sem parceiro no momento da pesquisa, ou seja, é provável que fossem mulheres que sofreram violência em relações anteriores e que possivelmente se separaram por este motivo;
- 2) a cor da pele se manteve como fator importante – as negras têm mais possibilidade de ter vivido violência;
- 3) a recusa e o não uso de preservativo também se mantiveram, o que é uma atitude esperada de homens violentos;
- 4) ter filhos nascidos com baixo peso, uma vez que as situações de violência afetam diretamente a saúde da mulher, levam à negligência com a própria saúde e, muitas vezes, as agressões se dirigem diretamente ao ventre, afetando a criança;
- 5) o uso de álcool e outras drogas na gestação que, por sua vez, afeta o peso da criança;
- 6) dores na relação sexual e no baixo ventre, provavelmente provocadas pela violência sexual.

O quadro abaixo apresenta a síntese das associações encontradas. A coluna “OR ajustada” apresenta a maior chance de sofrer violência de uma mulher que apresenta aquela característica quando comparada a uma mulher que não a possui. A coluna “valor de p” indica que essas diferenças são significativas, do ponto de vista estatístico, uma vez que em todos os casos o valor é menor do que 0,05, ou seja, há apenas 5% de possibilidade de que a associação encontrada entre essas variáveis e a violência se deva ao acaso. E 95% de possibilidade de que uma variável realmente influencie a outra.

Tabela 1 – Fatores associados à violência recorrente cometida por parceiro ou ex-parceiro alguma vez na vida

Análise Multivariada	Modelo Final	
Variável	OR ajustada	Valor de p
Sem parceiro atual	3,73	0,0000
Unida	3,22	0,0000
Preta	1,94	0,0310
Parda	1,89	0,0060
Companheiro recusou preservativo	2,70	0,0010
Filho com baixo peso	2,05	0,0000
Uso álcool e/ou outras drogas na gestação	2,00	0,0210
Não usou preservativos	2,42	0,0030
Vinda ao serviço se relaciona com violência	3,71	0,0000
Dor na relação sexual	1,74	0,0320
Dor no baixo ventre	1,72	0,0490

Considerações Finais

Um achado interessante da pesquisa, também encontrado em outros estudos, é que a maior parte dos/as profissionais de saúde não relaciona a ida destas mulheres aos serviços a questões relacionadas à violência. Pelo contrário, afirmam que as mulheres não falam sobre o assunto e reclamam da dificuldade em realizar estes diagnósticos, justamente pelo silêncio das mulheres. Mas, ao perguntar às usuárias se elas relacionavam a sua ida aos serviços de saúde com a violência sofrida, a maior parte respondeu que sim. Ou seja, elas têm consciência do impacto da violência sobre a sua saúde.



Nossos resultados indicam que a raça/cor da pele não pode ser confundida com classe social. As associações encontradas demonstram que o racismo é um componente importante da subordinação das mulheres, por elevar o risco de violência masculina para as mulheres negras. A associação entre ser preta ou parda e ter sofrido violência ressalta a importância de se estudar a violência contra as mulheres a partir de contextos sócio-culturais diferenciados.

As associações encontradas entre baixa escolaridade, precariedade da moradia e da ocupação das mulheres se ligam a um terceiro elemento teórico, para além do gênero e da raça – a precariedade da situação sócio-econômica – que auxilia na compreensão das diferentes formas de expressão da violência contra as mulheres. Já a definição do recorte etário da população estudada representa um limite para a análise, uma vez que muitos dos resultados encontrados na análise descritiva se relacionam à faixa de idade da população. O alargamento da faixa da idade permitiria o estudo das dinâmicas da violência entre meninas, adolescentes e mulheres mais velhas.

O estudo das vítimas é central para os serviços de saúde e para a reorganização da assistência, mas apresenta pouco poder explicativo sobre o problema da violência contra as mulheres. Há uma tendência de se buscar nas características do perfil e da vida das vítimas as condições favorecedoras ou limitantes da ocorrência de violência, a qual omite o fato de que violência é ato de vontade cometido por outro ser humano que ocorre em determinadas situações sociais. O perfil e a vida do agressor, assim como, as condições sociais e culturais nas quais a violência se expressa podem explicar melhor a ocorrência de violência do que o estudo exclusivo das vítimas. Modelos explicativos das ciências sociais podem colaborar nesse sentido.

O estudo da violência contra as mulheres pode se beneficiar das análises sobre outras formas de vitimização da população pobre e negra do Brasil. O enfoque feminista sobre a violência contra as mulheres e sobre as formas contemporâneas de dominação patriarcal pode colaborar para uma melhor compreensão da vitimização da população feminina nesses estratos sociais.

Comentários da Debatedora

Joluzia Batista¹

Considero este seminário como um esforço das organizações e do movimento feminista do Nordeste que, ao longo de 25 anos, conquistaram a implementação da rede de serviços de assistência às mulheres vítimas de violência. Danila Cristina finalizou sua apresentação com uma questão que traduz nossas inquietações diante dos altos índices de violência sexista. Se faz necessário avaliar a implementação dos serviços de atenção à saúde, o impacto da Lei Maria da Penha e a articulação entre as diferentes políticas.

Ana Paula Portella trouxe importantes reflexões para o movimento feminista. Precisamos colocar em prática a proposta do projeto político-feminista que é discutir os padrões culturais impostos para as mulheres neste contexto patriarcal, machista, fundamentado em estruturas de desigualdade e relações de poder. Os dados apresentados pelas expositoras ilustram de forma consistente esse quadro e apontam uma séria crítica a estes padrões de socialibilidade, de relações afetivo-conjugais que ainda vivenciamos, além de alertar para a necessidade de qualificação dos/as profissionais.

A Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB) desde 2007 tem feito um esforço no sentido de pensar estratégias para o enfrentamento da violência contra a mulher em seus vários contextos (urbano, indígena, quilombola, etc), uma vez que compreender que

¹ Coletivo Leila Diniz,
de Natal/RN

as políticas públicas não podem ser homogêneas, como se todas as mulheres fossem iguais.

É imprescindível atuar junto aos/às profissionais que realizam o atendimento direto às vítimas de violência, evitando os impropérios e as piadinhas durante a assistência à mulher em situação de abortamento ou agredida. Os serviços de saúde precisam adotar a assistência ao aborto previsto em lei em sua completude, incorporando e implementando a norma técnica do Ministério da Saúde. O atendimento deve ser pautado pelo respeito aos direitos humanos das mulheres e às suas opções. E isto não deve passar pelo viés religioso ou de cunho valorativo moral, subjetivo.

Para além da conquista da rede de serviços, estamos colocando em discussão o impacto destes valores subjetivos no atendimento às mulheres, além de uma política pública que não reflete as especificidades sócio-culturais e econômicas das mulheres que buscam a assistência.

Ana Carolina Azevedo trouxe um desafio interessante também para o movimento feminista e de mulheres: considerar o aspecto relacional da violência na gravidez não-pretendida. Temos sido continuamente indagadas sobre a ausência de grupos de reflexão ou de trabalhos mistos, voltados para mulheres e homens. O Coletivo Leila Diniz (RN) tem desenvolvido uma ação preventiva junto a jovens, já que, atualmente, observamos uma grande ocorrência de violência afetivo-conjugal com adolescentes.

Paralelamente, o SUS apresenta um panorama de enfraquecimento e esvaziamento prático de uma política pioneira, conquistada pelos movimentos sociais na década de 80, o que rebate diretamente nas suas usuárias. Os movimentos sociais precisam reforçar o controle social das políticas e dos serviços oferecidos e, muito especialmente, dos recursos destinados à saúde, através dos conselhos.

Impõe-se também como desafio o questionamento desse padrão civilizatório que se sobrepõe ao nosso projeto-político de relações de igualdade, justiça e dignidade. Este é um chamamento para que possamos rever nossas práticas e abordagens. O próprio conteúdo simbólico de algumas músicas impulsiona a prevalência e a reafirmação das relações de opressão, de vilipendiamento da mulher, da nossa dignidade e das nossas identidades. Começaremos, então, a fazer o caminho de volta para pensar nos outros âmbitos que envolvem a violência, seja no atendimento da rede de saúde, nas relações afetivas e nos processos educacionais formais e informais.

Debate

Comentários da platéia

Questão 01 - Infelizmente as músicas citadas pela debatedora estão presentes em todo o país, em diferentes ritmos. Em Fortaleza (CE) temos 300 equipes do Programa de Saúde da Família mas, como estou no conselho de saúde, posso dizer que talvez não tenhamos sequer oito equipes completas. Muitos/as médicos/as que vêm da classe burguesa, branca, capitalista e católica se recusam a trabalhar em algumas regionais. A violência se reproduz também nestes espaços, como quando uma menina procura a maternidade-escola Assis Chateaubriand para dar a luz e ouve dos médicos: *“Ah, você não gostou quando foi fazer?”*. Ouvi isso pela primeira vez em 1993, e continuamos a ver essa repetição, daí a importância da luta do movimento feminista.

Questão 02 – Será que questões pessoais influenciam no mau atendimento nos PSF? Gostaria de saber se já houve alguma pesquisa sobre este tema, principalmente diante da negativa de entregar contraceptivos.

Questão 03 - Estou chegando à terceira idade e não quero ficar de fora do processo. Muitas vezes, nas delegacias, o próprio Estatuto do Idoso é utilizado para não delatar o homem idoso que agride sua companheira também idosa. Geralmente, há um sentimento de pena. Faz-se uma conversa e ambos voltam para casa. Então, eu gostaria que as pesquisas contemplassem esse público.

Questão 04 – Temos discutido sobre o atendimento nas unidades de saúde do PSF e observamos que existem relações pessoais entre algumas agentes de saúde e alguns/mas moradores/as. Estes casos precisam ser melhor analisados. Além disso, no Recife, apesar do protocolo de identificação e notificação dos casos de violência ser obrigatório, o diagnóstico não acontece. Uma outra questão é como lidar com os homens. Nós perdemos em relação aos homens e alguns PSF vão ampliar o seu horário de funcionamento apenas para atender aos homens, porque consideram que os homens trabalham. Então para atender os homens algumas unidades de saúde vão fechar mais tarde, mas não é para atender às mulheres.

Questão 05 - Sou professora da FAFIRE, trabalho com saúde mental, com a violência doméstica no plano da saúde mental, e sou também do Observatório Negro de Pernambuco. Sentimos muitas dificuldades quando falamos do trabalho com “agressores”, com “racistas”, com os “violadores”. Se pensarmos que a saúde pública e a política pública têm que assumir a tarefa de resolver os problemas que a sociedade coloca, do atendimento, acredito que devemos trabalhar

com autores de violência. Temos que nos despir das nossas compreensões e estou concordando com você, Jolúzia, pois acho que o serviço público não foi feito para atender às minhas concepções pessoais e filosóficas. O serviço público precisar estar disposto para quem precisa dele e isso significa voltar-se também para os autores de violência.

Trabalhando com estes homens, observamos que a maioria está desempregada e que, muitas vezes, o uso de álcool está associado às situações violentas. Tenho muito cuidado ao falar disto, pois as pessoas não ficam violentas quando bebem, o álcool apenas potencializa o comportamento violento. Gostaria que Ana Paula explicasse melhor o dado de que 80% dos agressores estavam empregados, porque isso, afinal, quebra com essa lógica de que os homens mais pobres são os mais violentos.

Questão 06 - Em Maceió (AL), as mulheres também padecem da violência doméstica e institucional. Como vocês colocaram nas pesquisas, o atendimento desumanizado nos serviços de saúde é uma situação que persiste. E o atendimento nas delegacias, principalmente no interior, também não é bom. É preciso que, na capital e no interior, as delegacias abram 24 horas, principalmente nos finais de semana. Até para fazer o exame de corpo delito é uma dificuldade, pois só se faz se tiver o boletim de ocorrência. Outra questão que vocês colocaram é a interface da saúde com a educação. Costumo sempre pensar que ninguém nasce violento, nem ninguém nasceu para apanhar. As pessoas aprendem pela lógica binária do sistema ao qual estamos submetidos. Como vamos desconstruir isso, é o que precisamos pensar.

Comentários das conferencistas

Ana Paula Portella

As questões são ótimas. Uma delas traz um tema central, que tem chamado a atenção do movimento feminista e de todos que atuam na saúde, que é a estrutura da atenção básica no modelo do PSF e o papel das agentes comunitárias de saúde como “pontas-de-lança” do sistema, digamos assim. São estas profissionais que identificam os problemas de saúde e trazem as usuárias para a unidade. O fato de a agente ser da comunidade é considerado um aspecto positivo pelo governo, no entanto, do ponto de vista da resolução de alguns problemas, às vezes, isto se torna dramático e impeditivo.

A agente comunitária conhece a intimidade de certas pessoas e, de fato, algumas questões não podem ser reveladas ou o encaminhamento da assistência correrá o risco de se dar de maneira puramente pessoal. Muitas, vezes, a profissional não acompanha ou denuncia um caso de violência por medo de retaliações. Esta é uma questão que tem impedido o tratamento adequado de casos que deveriam ser tratados na atenção básica. Há algum tempo as conferências de saúde propõem uma mudança neste modelo, colocando as agentes comunitárias em outras áreas e dando-lhes, portanto, o distanciamento necessário para que as questões sensíveis e delicadas possam ser tratadas nos serviços.

A colega tem razão: as pesquisas na área de saúde ainda estão definitivamente marcadas pelo que se chama de idade reprodutiva (15 e 49 anos). Por uma questão de justiça e pelo aumento da expectativa de vida no país se faz necessário olhar para as mulheres de outras faixas etárias. O fato de ter saído da idade reprodutiva não significa que a mulher tenha deixado de viver os problemas que enfrentava aos 49 anos. Por isso, este alerta é importantíssimo.

O “tema do momento” é a nomenclatura “autores” no lugar de “agressores”, uma discussão que nos é muito cara e que nos causa muito espanto. Só depois da emergência do problema da violência contra as mulheres como um tema público, assumido pelo governo brasileiro, é que surgiu essa tentativa de modificar uma denominação histórica. Qualquer pessoa que agride e machuca outra pessoa é agressora, independentemente da relação que exista entre elas. Do lugar político em que falamos, fica evidente a tentativa de reduzir a importância ou dar outra conotação ao ato violento praticado pelo homem contra a mulher com quem ele se relaciona afetivamente. Chamamos a atenção para a necessidade de tratar a violência contra as mulheres como um crime que está previsto no Código Penal desde a sua origem, cuja tipificação e punição só vieram a ser efetivadas com a Lei Maria da Penha. No momento em que criamos uma lei específica, teremos também que mudar a nomenclatura do homem que bate ou mata? Não. Eles são agressores. Se assim for, teremos que tratar o seqüestrador, o ladrão, o traficante de drogas também como autores de crimes, e não como agressores ou criminosos. Pensemos em que medida isto não é um mecanismo sócio-cultural de reajustamento para que a violência contra as mulheres permaneça invisível ou em po-

sição menor, quando comparada a outras formas de violência ou criminalidade.

Os serviços públicos têm que atender a todos, inclusive os homens que cometem crimes, os pedófilos, entre outros. Eles precisam ser assistidos pelas psicólogas dos serviços e pelas assistentes sociais, para serem ressocializados. Como sabemos, o problema da ressocialização no Brasil é muito grave, é praticamente inexistente.

De acordo com a Lei Maria da Penha, o tratamento psicológico para os agressores de mulheres é um acréscimo dado além da pena e não substitui a pena, seja ela de privação de liberdade ou alternativa. Mas essa deveria ser uma prerrogativa para todos os criminosos, uma vez que todos precisam de assistência social e psicológica para não reincidirem e se reintegrarem à vida social. Eu ficaria muito feliz se as pessoas que estão lidando com agressores de mulheres se envolvessem no debate que existe hoje, no Brasil, dentro do movimento de direitos humanos sobre a reestruturação do sistema penal e penitenciário.

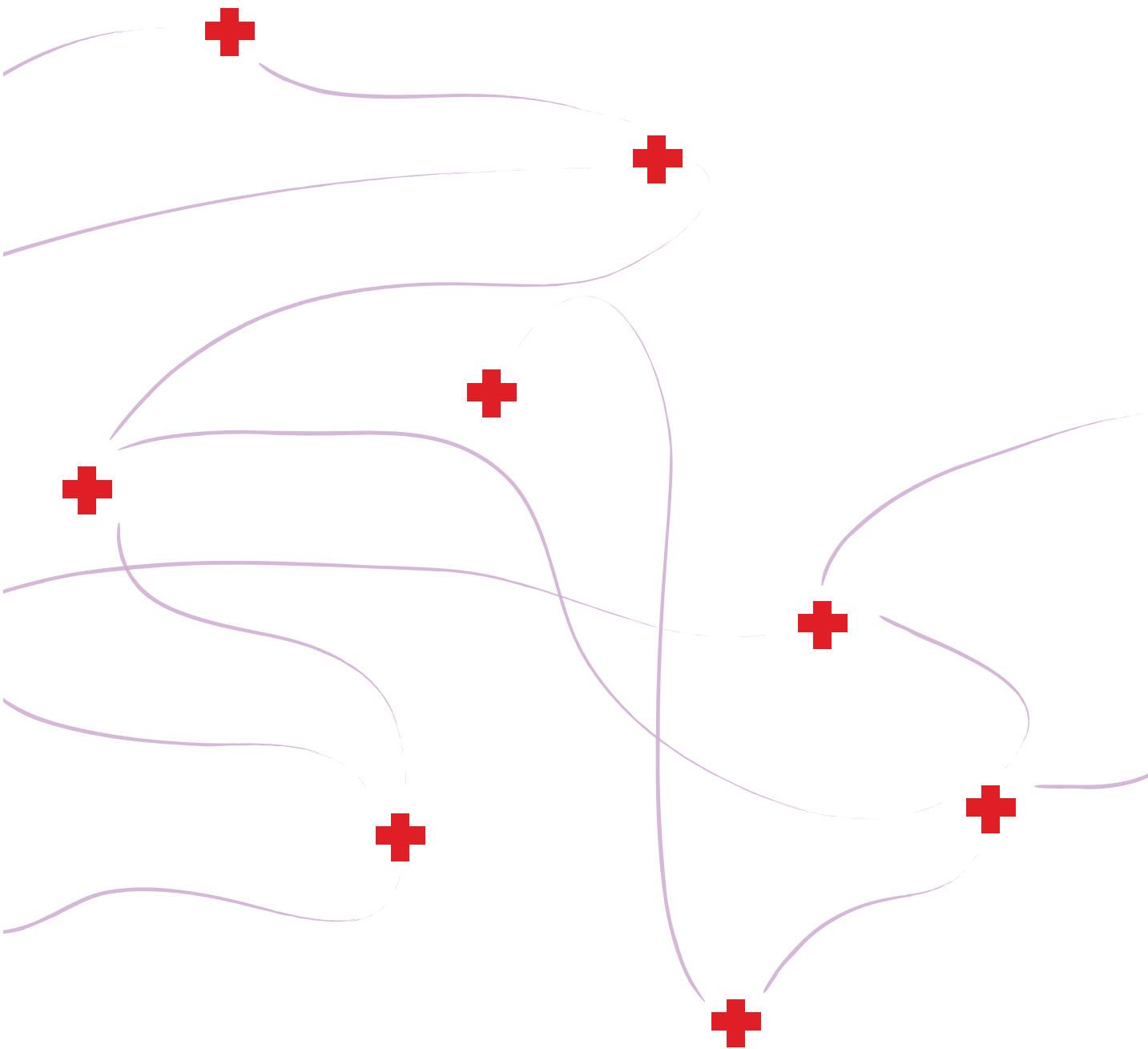
Danila Sala

Ana Paula já contemplou as questões que foram abordadas. Quero reforçar que as questões da violência são pouco incorporadas no serviço de saúde e na segurança pública, uma vez que ainda há muita discriminação. Também reitero a importância da educação profissional e do controle social, que devem ser bastante ativos nos serviços.

Ana Carolina

Acredito que devemos dar maior visibilidade às mulheres na terceira idade, assim como a um outro subgrupo: a população entre 10 a 14 anos. Apesar da taxa de fecundidade ter caído no país, ela aumentou nesta última faixa etária. Mesmo sendo meninas, elas também estão expostas à violência sexual doméstica ou através do turismo sexual, incrementando os índices de fecundidade como fruto desta violação. Acredito que as pessoas que atuam nas comunidades, nas associações de bairro e nos PSFs têm muito a fazer para a prevenção e a promoção da saúde nessas faixas etárias.







Respostas dos serviços de saúde à violência contra as mulheres

Coordenação

Luizabeth Amorim

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
– Regional Nordeste I - Recife/PE

Convidadas

Benita Spinelli

Gerente de Saúde da Mulher/Secretaria de Saúde do Recife/PE

Ana de Lourdes Vieira Fernandes

Diretora Multiprofissional do Instituto Cândida Vargas da Secretaria de Saúde
de João Pessoa

Joana d Arc Leite

Secretaria de Saúde de Natal/RN

Maria Carmelita

Instituto de Medicina Legal de Pernambuco/Secretaria de Saúde do Recife/PE

Debatedora

Gilberta Soares

Cunha Coletivo Feminista – João Pessoa/PB

Relatora

Walquíria Pereira Ferreira

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - Recife/PE

Política de atenção integral à saúde da mulher no Recife

Benita Spinelli¹

Para atender às mulheres vítimas de violência, a Prefeitura do Recife implantou a *Política Municipal de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, cujos eixos temáticos estão fundamentados na atenção às mulheres vítimas de violência sexual e doméstica; na atenção aos Direitos Sexuais e Reprodutivos; e na atenção ao Pré-natal, Parto, Aborto e Puerpério. Estes trabalhos são coordenados pela Gerência de Atenção à Saúde da Mulher, a qual está diretamente atrelada à Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Recife e tem como principal meta formular e implementar políticas saúde para a mulher a partir dos referenciais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Compreendendo esta atenção às mulheres em sua integralidade, a Gerência tem interface com a Coordenadoria da Mulher do Recife, a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Cidadã e a Secretaria Municipal de Educação. Com as demais secretarias, as ações são pontuais. Para além da estrutura governamental, a Gerência também se articula com universidades, conselhos de classe, organizações não-governamentais, sociedades científicas e a sociedade civil organizada. Ao longo deste período, temos trabalhado

¹ Gerente de
Atenção à Saúde
da Mulher da
Prefeitura do
Recife.

ou procurado trabalhar em conjunto e em parceria com estes segmentos e setores como forma de otimizar e ampliar o nosso alcance político.

Em 2001, o prefeito João Paulo instituiu o Programa Municipal de Prevenção e Assistência Integral às Mulheres Vítimas de Violência Sexual e Doméstica intitulado com o nome de fantasia “Nem com uma flor”. O programa é coordenado pela Coordenadoria da Mulher do Recife, que é responsável por integrar as secretarias para que atuem em busca do êxito desta política. Nesta estrutura, alguns equipamentos também foram criados, entre eles: a Casa-abrigo Sempre Viva; o Centro de Referência Clarice Lispector, que oferece apoio psicossocial e jurídico às mulheres vítimas de violência; Serviço de Orientação 0800 281 0107; e o Bloco carnavalesco Nem com uma Flor, uma parceria da secretaria de Saúde com a Coordenadoria. Esta última iniciativa foi lançada em dezembro de 2001 e, no carnaval seguinte (2002) utilizamos o bloco – uma referência à música de Capiba – para divulgar os serviços que estavam começando a ser criados para assistir às mulheres durante o período em que aumentam os casos de agressão (o de carnaval).

O bloco carnavalesco também proporciona uma interface com a manutenção da casa-abrigo, na medida em que há troca de camisetas por materiais higiênicos e de limpeza pessoal.

A Secretaria de Saúde tem um papel importante dentro deste programa, na medida em que a violência repercute diretamente na saúde das mulheres. Por isso, traçamos algumas estratégias de intervenção:

- 1) Sensibilizar os/as profissionais de saúde (da atenção básica às unidades de referência, como maternidades e policlínicas) para a temática, através de uma parceria com o Grupo Curumim;

- 2) Criação dos serviços de referência nas Policlínicas 24h e Maternidades Municipais, onde os/as profissionais são sensibilizados/as para fazer o primeiro acolhimento às mulheres que chegarem aos pronto-socorros e maternidades;
- 3) Implantação do serviço de atendimento ao Aborto Legal nas maternidades Barros Lima, Bandeira Filho e Arnaldo Marques com equipe multidisciplinar;
- 4) Neste processo, as equipes também foram capacitadas para utilizar a Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU);
- 5) Aquisição dos kits de AMIU e da Profilaxia para DST/AIDS e gravidez, disponibilizando a Contracepção de Emergência na rede;
- 6) Em algumas unidades, dispomos de acompanhamento psicoterapêutico para as mulheres;
- 7) Oferta de suporte terapêutico para os/as cuidadores/as que são os/as próprios/as profissionais de saúde.

A Gerência de Atenção à Saúde da Mulher também produziu materiais educativos e informativos para divulgar os serviços como folder, faixas, placas, botton, fitinhas e a Cartilha: Viver sem Violência: Direito da Mulher. Também estabelecemos um Protocolo de Assistência Integral às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Sexual, válido para toda a rede. Continuamos desenvolvendo cursos de várias modalidades da temática.

Com vistas a identificarmos os problemas da rede e buscarmos soluções temos realizados algumas pesquisas, dentre estas a intitulada “Como estão as desigualdades de gênero no PSF?”, promovida pela Coordenadoria da Mulher em parceria com o SOS Corpo e a

Universidade de São Paulo (USP). A partir deste diagnóstico, lançamos a Cartilha “Gênero e Programa de Saúde da Família: um olhar sobre as práticas”, com o objetivo de subsidiar os/as profissionais de saúde para compreender as relações de gênero. Também estão neste campo de atividades um Diagnóstico da Contracepção de Emergência na Rede Municipal de Saúde do Recife e um estudo sobre o Conhecimento dos/as profissionais de Saúde dos Serviços de Referência para Mulheres Vítimas de Violência Doméstica e Sexual

Ao longo destes oito anos, estamos implantando ações para o enfrentamento da violência contra a mulher. Não significa que tudo esteja funcionando “às mil maravilhas”; passamos e enfrentamos as dificuldades referentes à temática, o preconceito, a resistência dos/as profissionais de saúde em aceitar e incorporar essas medidas e as mudanças propostas, principalmente em relação à interrupção da gravidez, e, sobretudo, a enxergar essa violência no cotidiano da vida das mulheres.

Estamos fazendo esse esforço pelo nosso compromisso político e por acreditar que podemos fazer a diferença. Para mantermos tudo isso que já conquistamos, não podemos cruzar os braços. Temos que estar todos os dias na labuta, conversando, treinando, capacitando, atualizando os/as profissionais para que o serviço possa acontecer de forma mais efetiva e que realmente signifique uma mudança na vida das mulheres que vivem em situação de violência.

Rede de atenção às mulheres vítimas de violência em João Pessoa

Ana de Lourdes Vieira¹

Implantar uma rede de atenção às mulheres vítimas de violência sexual é um trabalho de formiguinha, que deve ser executado diuturnamente para sensibilizar pessoas e fazer com o que o serviço conte com o grau de excelência almejado. Em João Pessoa, o serviço está disponível, desde 2006, no Instituto Cândida Vargas, uma maternidade da rede municipal. Na capital paraibana temos duas unidades de atenção, uma da rede estadual e outra do município.

No primeiro ano de funcionamento, tivemos 36 casos atendidos; em 2007, foram 19 registros e em 2008, até o mês de agosto, 10 casos. Realizamos uma sensibilização com os/as profissionais de saúde para garantir a acolhida da mulher vítima de violência. A grande dificuldade é indicar a interrupção da gravidez. Neste momento, os/as profissionais fogem dos casos, e acredito que isso não seja diferente nas outras capitais. A partir deste ano, tivemos uma reformulação no serviço com a mudança da coordenação para um médico sensível. O objetivo é reforçar o trabalho de sensibilização para tornar o atendimento mais eficaz.

Realizamos uma pesquisa sobre o perfil dos agressores. A maioria (43%) das agressões foram cometidas por desconhecidos da ví-

¹ Diretora Multiprofissional do Instituto Cândida Vargas da Secretaria de Saúde de João Pessoa (PB).

tima, 35% por conhecidos e 22% por familiares, como tios, primos, padrastos e o próprio pai. Quando a vítima chega à unidade é encaminhada para o atendimento social, onde é atendida pelos psicólogos. No local são entrevistadas. Para a coleta de dados dispomos de uma sala especial, isto depois da triagem realizada na porta de entrada da maternidade, comum a todos.

Esta sala provoca duas percepções, a primeira é a da promoção do acolhimento, a segunda é da estigmatização. Muitos dizem “aquela sala ali é de atendimento à vítima”. Ao lado deste espaço fica o consultório de ginecologia, no qual são realizados os exames e, quanto receitada, é feita a profilaxia para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e gravidez.

Os principais desafios e dificuldades enfrentados são:

Envolver e sensibilizar todos os funcionários do ICV
(desde os/as recepcionistas aos/as médicos/as, passando pelos/as enfermeiros/as e auxiliares) para que dêem uma atenção especial à mulher vítima de violência;

Descentralizar o atendimento à vítima, envolvendo o maior número possível de profissionais;

Sensibilizar e fortalecer os/as profissionais quando se trata da interrupção da gravidez, desmitificando as crenças e culpas;

Estabelecer reuniões sistemáticas para discussão de casos clínicos referentes aos atendimentos de usuárias vítimas de violência.

O Instituto Cândida Vargas tem 63 anos de existência e foi fundado por uma organização religiosa, então, não é fácil desmitificar o aborto legal, mas estamos conseguindo subir os degraus lentamente, envolvendo pessoas, demonstrando a questão da proteção

ao/à médico/a em relação à interrupção, prevista na Norma Técnica do Ministério da Saúde. Muitos medos e angústias dos/as profissionais se relacionam a essa questão. Ao se sentir fortalecido/a e protegido/a juridicamente, a adesão é facilitada.

João Pessoa tem uma característica peculiar, por ser uma cidade pequena, a comunidade médica se conhece, então, os/as profissionais estigmatizam aqueles que fazem o aborto legal. É necessário fortalecê-los e parar de rotulá-los.

Neste momento, estamos traçando estratégias para garantir a credibilidade do serviço, estimulando as mulheres a procurar ajuda com a certeza de serem bem atendidas. Para tal, estamos nos articulando a grupos de usuárias, à rede feminista de saúde e a outras secretarias. Intercâmbios com unidades referência como o Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros (CISAM), no Recife, e em outros estados também fazem parte dessas ações.

Em termos de perspectivas em relação ao serviço, pretendemos estabelecer o fluxo de encaminhamentos da vítima, após o atendimento clínico e psicológico, ao Centro de Atendimento à Vítima (CAV), com indicação ao centro de referência, onde receberá apoio psicológico e jurídico, garantindo também o envolvimento de um maior número de profissionais nestes atendimentos.

Queremos melhorar o atendimento. Ainda nos falta esta rede de informações criadas pela Gerência de Atenção à Mulher do Recife, afinal muitas mulheres sofrem agressão e ficam caladas por não saber da existência do centro de referência. Ou seja, o nosso centro de atendimento ainda tem muito a crescer. Ainda é uma sementinha, mas que já foi plantada.

Serviços de atenção à mulher vítima de violência em Natal (RN)

Joana d’Arc Leite¹

A Secretaria de Saúde de Natal está organizada por departamentos. Na atenção básica, criamos divisões por ciclos de vida, existindo a atenção básica à saúde da criança, do/a adolescente, do/a adulto/a e do/a idoso/a. No ciclo dos/as adultos/as, trabalhamos o viés da atenção à saúde da mulher, com o enfoque dos direitos sexuais e reprodutivos.

As atividades do Departamento de Atenção Básica apontam para um grande desafio que é trazer à tona a violência de gênero como um problema de saúde pública. Este é um grande desafio porque nem os/as gestores/as nem os/as profissionais entendem a temática a partir deste ponto de vista. Os olhares se voltam para o assunto como sendo do âmbito doméstico, o que é um reflexo da sociedade patriarcal em que fomos formados.

Outro aspecto é que os/as profissionais, quando sensibilizados/as, se deparam com a enorme dificuldade que é o encaminhamento das mulheres, crianças e idosos para outras instituições. As delegacias são impróprias para a assistência, faltam equipamentos e profissionais. O Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher não tem condições de atender a 50% das vítimas de violência da ci-

¹ Secretaria de
Saúde de Natal/
RN.

dade de Natal. A casa-abrigo também não possui espaço suficiente. Algumas mulheres têm mais de três filhos. Ao colocarmos quatro ou cinco famílias, lotamos a casa.

Os/as profissionais que realizam o atendimento também estão expostos à violência. Quando acontecem ameaças de morte ou outras formas de intimidação, transferimos os/as trabalhadores/as para outras unidades de saúde. Assim, nos perguntamos: como é que nossos/as profissionais podem fazer a acolhida integral das mulheres se eles/as mesmos não têm a quem recorrer ou encaminhar essas pessoas que são vítimas de violência?

Desde 2002, Natal possui uma lei municipal de notificação compulsória dos casos de violência, que até hoje não foi implementada. Por isso, estamos unindo esforços para sensibilizar os/as profissionais com relação à notificação e à Lei Maria da Penha, como um caminho para viabilizar melhorias na assistência às mulheres.

Em 2004, reestruturamos o Comitê Municipal de Mortalidade Materna de Natal. Resolvemos, então, investigar os dados e nos deparamos com um quadro assustador: em 2003, o aborto foi a primeira causa de morte materna. Depois de uma longa discussão, conseguimos que a Secretaria Municipal de Saúde, através de convênio com a Benfam, implementasse o planejamento familiar em 100% das unidades de saúde. Então, hoje a capital potiguar dispõe de planejamento familiar nas 82 unidades para as mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos. Paralelamente, capacitamos os/as trabalhadores/as de saúde para este atendimento.

Em Natal, reduzimos a gravidez na adolescência de 1,1% para 0,8% do total de gestações, assim como a mortalidade materna que estava em 70,98 e passou para 36,21/1000 nascidos vivos, por dois anos seguidos. Os avanços são lentos, mas estamos tentando melhorar o atendimento. No pré-natal, garantimos o monitoramen-

to permanente das usuárias, os exames de ácido fólico, ferroso e o metildopa para as gestantes. As mortes por aborto e eclampsia também diminuiram.

O tema da violência está sendo tratado como transversal em todos os ciclos de vida. Tínhamos duas maternidades municipais e estamos inaugurando a terceira neste ano. Precisamos, no entanto, avançar na garantia da assistência ao aborto previsto em lei, ainda não disponível em nenhuma das maternidades. Este serviço está implantado em duas maternidades estaduais e queremos que esteja nas nossas também e com profissionais capacitados/as para o uso da Aspiração Manual Intra-uterina (AMIU).

Estratégias para notificação da violência na rede de serviços de saúde

Maria Carmelita Maia e Silva¹

Como elemento fundamental de monitoramento e proposição de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, a Prefeitura do Recife criou a notificação compulsória, que iremos detalhar mais adiante. As estratégias traçadas têm como principais objetivos entender a magnitude do problema, combater o estigma social existente contra as mulheres em situação de violência, reduzir a subnotificação destes casos e tornar claras as diferenças nas definições da violência.

Na rede de atendimento consideramos que a violência interpessoal pode ser de natureza física, psicológica, sexual, incluindo ainda a negligência. As agressões cometidas no âmbito doméstico envolvem a família ou o companheiro da vítima (ex ou atual), as cometidas no ambiente extra-familiar ou da comunidade envolvem um conhecido ou desconhecido. A partir da análise dos atendimentos, é possível dizer que os grupos de maior vulnerabilidade são as mulheres, as crianças e os idosos, vítimas, na maioria dos casos de atos violentos praticados na própria casa ou por pessoas com quem mantém relações afetivas.

¹ Técnica do Instituto de Medicina Legal de Pernambuco e da Secretaria de Saúde do Recife.

Assim sendo, a violência se apresenta como um problema de saúde pública, visto que rebate diretamente na saúde do indivíduo e traz um ônus para o serviço público de saúde. Como as pesquisadoras já apontaram, as mulheres vítimas de violência procuram mais o sistema, muitas precisam ficar internadas em decorrência das agressões. A questão prioritária passa a ser, então, o enfrentamento desta situação. Na nossa política de vigilância em saúde, traçamos algumas ações específicas para isto: informações sistemáticas, com capacitação dos/as profissionais de saúde e notificação dos casos nas unidades de saúde; ações de controle; entendimento dos fatores condicionantes da violência para que o atendimento possa ser mais humano e eficaz; um planejamento contínuo, integrado e intersetorial garantindo a afirmação dos direitos humanos e o resgate da cidadania das usuárias.

Isto só é possível através de parcerias com as secretarias e organizações da sociedade civil. É importante salientar, no entanto, que assim como os/as profissionais que estão nos serviços de saúde enfrentam dificuldades cotidianas para concretizar esse almejado atendimento, no Instituto de Medicina Legal também é assim. A demanda, geralmente, é maior do que o número de profissionais disponíveis e a recepção a uma mulher ou criança vítima de violência sexual exige uma sensibilização do/a profissional. Ou seja, demanda da gestão investimento continuado em programas de capacitação.

A notificação compulsória dos casos está no rol destas atividades necessárias, mas que, às vezes, é deixada em segundo plano no atendimento. Daí a necessidade de investimento em sensibilizações. Só a partir da compreensão da natureza das violências e da importância do monitoramento é que o registro dos casos entrará na rotina sem grandes resistências.

O fluxo da notificação no Recife é o seguinte: o registro deve ser feito pelo/a profissional que realizar o atendimento em toda e qualquer unidade da rede (postos de saúde, unidades básicas, policlínicas e maternidades). Uma cópia fica anexada ao prontuário. Se a vítima for criança ou adolescente, uma cópia deste documento deve ir ao Conselho Tutelar.

Semanalmente, as notificações são encaminhadas ao Distrito Sanitário e, posteriormente, à Coordenação de Prevenção a Acidentes e Violências. A ficha é composta por 70 questões que traçam o perfil socioeconômico da usuária, as condições presentes no momento da agressão, o estado de saúde e a evolução do atendimento.

Como já citamos, ainda há fragilidades no manuseio deste instrumento que vão desde o preenchimento incompleto à sensibilização do/a profissional (e da usuária) para entendê-lo como algo necessário. Mas esta é uma política integrada, que faz parte do protocolo de atendimento municipal às mulheres vítimas de violência, o que é uma grande conquista. Vamos seguir em busca de melhorias.

Comentários da Debatedora

Gilberta Soares¹

Depois destas ricas exposições, nos fica o desafio de pensar estratégias para promover a saúde da mulher. Desde a década de 90, feministas, profissionais e gestores têm se articulado para que a violência contra a mulher seja tratada como um problema de saúde pública. O caráter regional desse seminário oferece a possibilidade de troca de experiências. Através destas é possível vislumbrar os avanços e aprender com quem já está um pouco mais adiante. Tal contato nos possibilitará construir uma política de assistência integral à saúde, que contemple a questão da violência.

Apesar de serem capitais de estados vizinhos, com indicadores socioeconômicos semelhantes, Recife, João Pessoa e Natal apresentam grandes diferenças no que se refere à estruturação da rede de saúde para oferecer assistência à mulher vítima de violência. A questão da violência é um problema complexo, sem soluções fáceis. Isto reforça a necessidade da intersetorialidade. Até mesmo na capital pernambucana, que possui uma proposta mais estruturada senti falta de um maior entendimento sobre a estruturação desta intersetorialidade. Na Paraíba, esta tem sido uma batalha do movimento e de gestores: como construir uma rede que promova o diálogo entre saúde, justiça, segurança pública, educação e sociedade civil, a fim de dar conta desta problemática complexa e enraizada

¹ Psicóloga, integrante do Cunha Coletivo Feminista, da Regional Paraíba da Rede Feminista de Saúde, da Rede Mulheres em Articulação da Paraíba da AMB e das Jornadas pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro.

na nossa sociedade patriarcal? Gostaria, então, que Benita Spinelli nos falasse um pouco mais sobre esta política.

Pernambuco tem um grau mais avançado de políticas, inclusive por contemplar aspectos como a criação de um protocolo de assistência com rotinas definidas para toda a rede e que oferece segurança ao/à profissional e elementos para o/a gestor/a defender o serviço. Além disto, são fundamentais investimentos na infraestrutura, na capacitação dos/as profissionais e na divulgação dos serviços, afinal a demanda não é tão espontânea.

Como demonstraram as pesquisas apresentadas anteriormente, as mulheres vítimas de violência procuraram mais as unidades de saúde do que as delegacias, por acreditarem que serão melhor acolhidas. No entanto, é difícil narrar, por exemplo, uma relação sexual forçada vivida na noite anterior. Ela, então, chegará à rede com um sintoma e os/as profissionais precisam estar preparados para decodificar o sintoma, as manchas no rosto, uma queimadura, e ajudá-las a falar sobre o assunto.

A experiência de João Pessoa me é conhecida e é como o tema da música de Ivan Lins “Começar de novo”, pois conseguimos implantar em 1998 o primeiro programa de assistência às mulheres em situação de violência em uma maternidade do município, mas dez anos depois enfrentamos dificuldades no sentido dessa resolutividade. Estamos vivenciando a construção das equipes, com ações envolvendo a atenção básica. Como as pesquisas mostram, o maior agressor está em casa, daí a importância de se pensar ações a serem trabalhadas nos PSFs, na identificação da violência e no encaminhamento da vítima ao serviço especializado. Contamos que este será o último lugar a que a mulher chegará. Queremos que antes ela seja atendida pelos demais pontos da rede, inclusive, pelo Centro de Referência. A divulgação dos serviços é imprescindível neste processo.

Acredito que nós, do movimento feminista, precisamos desenvolver a tal paciência histórica, porque estamos a 10 anos lutando e a não-resolutividade, que depende de compromisso político e vontade da gestão, é um ponto comum também na experiência do Rio Grande do Norte. Pode parecer um discurso teórico, mas este compromisso com o direito político das mulheres, com os direitos reprodutivos, com a cidadania, tem um grande impacto na realidade. E isto independe do fato de se estar ligado a uma determinada tendência ou partido. Em João Pessoa, a atual gestão tem um viés democrático-popular que abre canais de diálogos com a sociedade e, por isso, tem caminhado no sentido de reestruturar os serviços e construir uma assistência sólida. É fundamental o papel dos movimentos sociais nesta cobrança.

Uma questão que está ligada à atenção integral é a garantia da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, notadamente quando é decorrente de estupro. No entanto, todos os municípios apontaram problemas na garantia deste direito devido à influência dos valores morais-religiosos dos/as profissionais de saúde. Outro elemento complicador é a perseguição, ameaças e retaliações sofridas pelos/as profissionais que cumprem seu papel. Alguns/mas profissionais “religiosos/as” tentam de tudo para impedir o atendimento destes casos. Isto representa um empecilho, pois não há sensibilização ou capacitação que o/a fará mudar de idéia.. São ervas daninhas no jardim. Precisam ser arrancadas. Precisam do braço-forte de um/a gestor/a comprometido/a com a construção de uma política verdadeiramente democrática.

Existem outros/as profissionais que, apesar das suas convicções, da sua crença religiosa, não se confundem na realização do seu papel. Estes/as, através de sensibilização e informação, poderão revisitar sua prática e dizer: eu tenho liberdade para exercer a minha crença porque o estado é laico, mas não no hospital, na

universidade, no Supremo Tribunal Federal. Exerço minha religião na igreja, no domingo na missa, rezo à noite, mas quando estiver atuando como profissional de saúde, sigo a normatização do serviço. Tivemos um enorme avanço com a normatização instalada pelo Ministério da Saúde. O que é necessário é que os municípios, com a supervisão dos estados, implemente-a.

A lógica da assistência obstétrica estruturada pela igreja católica no Brasil é a da assistência materno-infantil, que traz uma compreensão restrita tanto da mãe quanto da criança. Assuntos como violência ou mulheres fora da faixa de idade reprodutiva ou mulheres que não são mães não são contemplados nessa perspectiva. Conseguimos romper com esta herança patriarcal e instalar a assistência integral à saúde da mulher. O Instituto Cândida Vargas é uma referência que atende pessoas dos municípios do Rio Grande do Norte e de Pernambuco, inclusive. A instituição nasceu de uma casa de filantropia, com forte herança católica, capela, missas e a adoção de uma peculiar forma de tratamento a todas as mulheres atendidas (gestantes ou em situação de abortamento), “mãezinhas”. Dizem que é uma forma carinhosa, mas, na verdade, retira da mulher o seu nome, o lugar de cidadã. Não estamos negando a religiosidade das mulheres e dos/as profissionais, mas, sim, as práticas que impedem a concretização dos direitos.

Vale lembrar que, no Brasil, a assistência obstétrica se constituiu nas santas casas de misericórdia, financiadas pela filantropia da igreja católica. Isso fez parte de um momento da nossa história, porém, já passou e queremos recursos públicos para garantir políticas integrais. O/a profissional precisa de apoio da gestão para a promoção da laicidade, que sendo negada, compromete a atenção às mulheres em situação de violência.

Debate

Comentários da platéia

Questão 01 - Tenho algumas perguntas para João Pessoa: vocês avaliam quais os motivos da redução do número de atendimentos no Centro nestes três anos? Como funciona o Centro de Referência da Mulher? Ele se articula com o serviço de aborto legal?

Uma pergunta para todas, mas em especial para o Recife: o aumento no número de atendimentos ou notificações é um indicador positivo, mostra que o problema está sendo revelado, as pessoas estão tomando consciência do assunto. Vocês possuem uma avaliação destes números? Se aumentou ou diminuiu e como interpretam estes resultados?

Apesar de concordar com Gilberta, quando diz que a saúde não é responsável pela resolução dos casos de violência - a violência ultrapassa o campo da saúde -, mas que, apesar disso, o setor saúde apresenta grande interesse na questão do enfrentamento, gostaria de saber se existe algum tipo de acompanhamento das usuárias após o atendimento? É

possível saber se elas, de fato, se afastaram de situações de violência?

Carmelita, a análise da notificação dos últimos dois anos está disponível? Como podemos ter acesso a estes dados de forma mais sistemática? Conheço o formulário. Considero bom, claro, mas gostaria de saber se há um roteiro que oriente a abordagem às mulheres. Utilizado friamente, dificilmente será respondido de forma sincera pelas mulheres. Queria saber se nos treinamentos dos/as profissionais há um trabalho sobre a abordagem das usuárias e como é a orientação para a identificação dos casos.

Questão 02 - Quero saber como se dá o envolvimento da classe médica diante dos programas apresentados e se há boa aceitação das oficinas de sensibilização. Os/as médicos/as são parceiros/as? Temos dificuldades para fazer com que o/a médico/a entenda os direitos das mulheres e realize o aborto legal. Alguns/mas se recusam até a entregar o anticoncepcional de emergência. Fiquei impressionada com a informação de que o aborto já foi a primeira causa de morte materna em Natal e em Petrolina, em 2004. Sabemos que esta é a quarta causa de morte materna no país, mas em alguns estados, como a Bahia, por exemplo, ainda é a segunda.

Questão 03 - Eu gostaria de saber desde quando a ficha de notificação foi implementada nos postos de saúde. Por várias vezes já vi a ficha ficar com vários campos em branco na pró-

pria maternidade Barros Lima, em Casa Amarela. Quando eu perguntei por que perguntavam a minha raça/cor, um funcionário respondeu que isso não tinha importância, mas é claro que tem. Existe uma doença, por exemplo, que só as pessoas negras têm: a anemia falciforme. Quem fiscaliza se os campos estão sendo preenchidos?

Comentários das conferencistas

Benita Spinelli

No Recife, a mulher vítima de violência pode buscar assistência e entrar na rede a partir de qualquer serviço: PSF, maternidade, policlínica, podendo ser encaminhada direto para o Centro de Referência Clarice Lispector ou, entrando por este, pode ser encaminhada para a saúde. Todos esses segmentos funcionam em rede. A chegada na casa-abrigo deve ser mediada pelo Centro de Referência, depois de uma avaliação.

O protocolo tem sido um instrumento importante por ajudar, inclusive, na divulgação dos serviços. Logicamente, como disse antes, apesar de todo o nosso esforço, nem sempre tudo funciona de forma tão integrada.. Temos uma rede de saúde que oscila muito. Nesta gestão, tivemos alguns concursos e vários contratos. Muitas destas pessoas, porém, ficaram pouco tempo no serviço. Ao contratar uma nova equipe, temos que promover o reajuste do serviço, pensando sempre em capacitações, cursos, treinamentos, em várias modalidades de cargas horárias para contemplar e garantir a participação de todos os/as profissionais. Os/as médicos/as são os/as mais difíceis de trabalhar. Não se dispõem a estas atividades. Mas alguns/mas são parceiros/as. Contamos com o apoio da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Pernambuco. E fa-

zemos cursos voltados para os órgãos de classe, como uma tentativa de ser mais atrativos.

Outra dificuldade é fazer com que os/as profissionais preencham a ficha corretamente. Também vivenciamos isto no cartão da gestante. Todas as informações presentes naqueles documentos são importantes, por isso, as usuárias têm mesmo que cobrar, exercitar o controle social e exigir que sejam preenchidos todos os campos.

Maria Carmelita

Infelizmente, vivemos em uma sociedade culturalmente autoritária que não valoriza os registros, apesar de serem importantes para o acompanhamento dos atendimentos. Os/as médicos/as geralmente não preenchem as fichas e este é um problema presente em todo o Brasil, onde os prontuários da saúde são, em sua maioria, mal preenchidos. Evidentemente que, quando melhoramos o nosso registro teremos uma maior visibilidade desta violência. Apesar das subnotificações, o sistema de informações de mortalidade do Recife é o melhor do país. Igual ao nosso, só os de Santa Catarina e Paraná, visto que fazemos busca ativa dos casos de morte.

Quando implantamos a notificação compulsória realizamos seminário, capacitações e encaminhamos orientações e documentos para todos os hospitais da rede pública e privada. Não estamos nos eximindo da nossa responsabilidade, mas os/as profissionais também precisam dar a sua parcela de contribuição, ainda mais porque estamos tratando de uma lei que deve ser cumprida.

Joana d’Arc

Apesar de difícil, já estamos conseguindo o envolvimento da classe médica. Em Natal, temos duas maternidades e equipes prontas para fazer o aborto legal. A discussão que estamos fazendo com os/as profissionais que se negam a realizar o atendimento é a seguinte: você não é obrigado/a a assisti-la, mas terá que buscar um/a profissional para atendê-la. O importante é a mulher não sair da unidade sem resposta. A rede de atenção básica dispõe de contracepção de emergência em todas as unidades. Até agora, apenas um médico se negou a fazer a contracepção de emergência. Há três anos o aborto é a quarta causa de morte materna e a eclampsia, a terceira. Infelizmente, hemorragia e infecção pós-parto são a primeira e a segunda, respectivamente, causas de mortalidade materna.

Ana de Lourdes

Com relação à diminuição dos casos no Instituto Cândida Vargas, acredito que esteja relacionado com a falta de divulgação do serviço. Por isto, estamos investindo esforços na desconstrução de alguns conceitos, buscando profissionais de saúde para fortalecerem os trabalhos e disponibilizar a assistência de forma integral. O Centro de Referência, por sua vez, conta com assistência jurídica, psicológica e de profissionais de arte. E, como já foi colocado pela mesa, poucos/as médicos/as estão disponíveis para realizar o aborto legal.

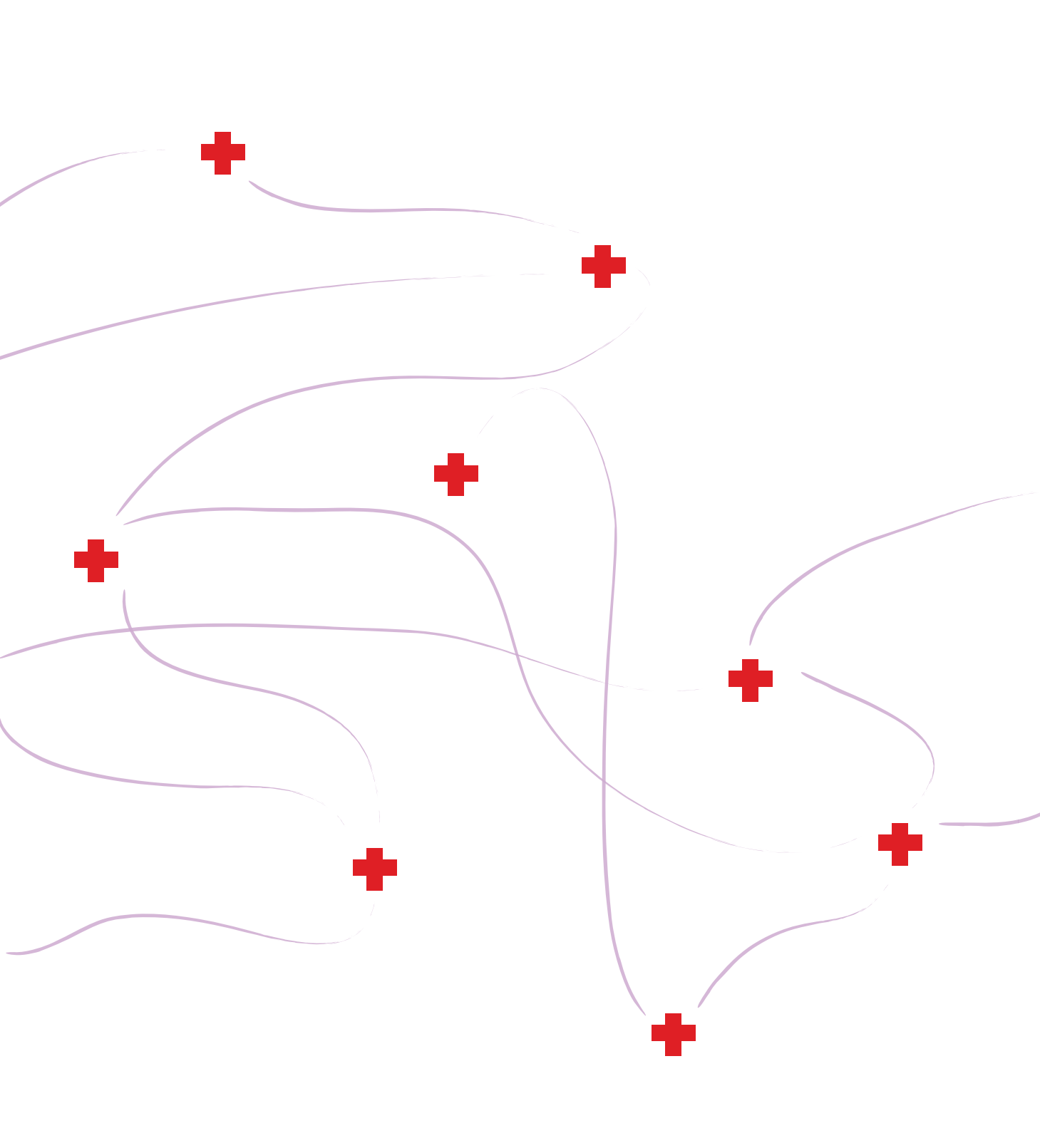
Gilberta Soares

Tenho o compromisso de fazer um breve resgate histórico. Já realizamos várias mobilizações e sensibilizações com profissionais como Dr. Jorge Andalaft, Eugênio Pitta, entre outros, em João Pessoa. Por isso, brinco dizendo que é um “começar de novo”. Estamos vivendo o momento de reestruturar.

É interessante que a interrupção da gestação em caso de risco de vida não provoque polêmica. O/a profissional decide de acordo com a necessidade e realiza o procedimento. Quando se trata de estupro, a vontade da mulher não é respeitada. Isto traz à tona a questão da violência contra a mulher e a sua submissão histórica, com a reafirmação da “responsabilidade” da vítima pela violência sofrida. No protocolo da unidade Frei Damião ficou definido a assistência para casos de gestações com até 12 semanas. Em uma parceria do movimento com as gestões de Pernambuco e contando com a solidariedade dos/as profissionais do CISAM e do Hospital Agamenon Magalhães, acordamos que nos casos entre 16 e 20 semanas, a mulher viria para o Recife.

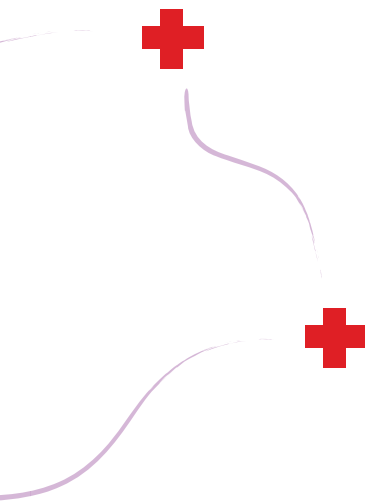
No final das contas, isso criou um vício. O profissional tinha resistência em realizar o atendimento e encaminhava a usuária para o Recife. O questionamento da gerente Benita Spinelli sobre a rede de referência para as secretarias de saúde estadual e municipal acarretou o questionamento e a ampliação do monitoramento do movimento de mulheres com relação às interrupções da gravidez.

No carnaval do Recife, a arquidiocese de Olinda e Recife tentou impedir a distribuição da contracepção de emergência, gerando um debate que ganhou a imprensa nacional. A participação do movimento de mulheres foi fundamental, fortalecendo a gestão, que, por comprometimento segurou a decisão da distribuição, assim como das ações preventivas às DSTs/AIDS. Movimento organizado e gestão comprometida formam uma dobradinha para fazer avançar os direitos da mulher em todos os estados.





Serviços de atenção a mulheres vítimas de violência sexual



Coordenação

Miriam Fialho

Articulação Aids de Pernambuco

Convidados/as

Jorge Andalaft

Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual e ao Aborto
Previsto em Lei da UNIFESP.

Douraci Vieira dos Santos

Coordenadoria de Políticas para Mulheres de João Pessoa/PB

Ana Teresa Leiros

Secretaria de Saúde de Natal/RN

Adriana Tinoco

Secretaria de Saúde de Recife/PE

Debatedora

Suely Oliveira

Fórum de Mulheres de Pernambuco

Relatora

Verônica Ferreira

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - Recife/PE

Atendimento e acolhimento às mulheres vítimas de violência sexual

Jorge Andalaft¹

O atendimento aos casos de violência sexual é pautado pela Norma Técnica do Ministério da Saúde. Existe uma padronização da assistência, que pode sofrer algumas modificações e ajustes, dependendo do município. Mas alguns elementos devem estar sempre presentes: a integralidade no atendimento, a intersetorialidade, a qualificação das equipes, o acesso facilitado por meio da regionalização do atendimento emergencial, acesso aos procedimentos de referência e a formação de redes assistenciais. O acolhimento precisa estar em primeiro lugar.

Na Escola Paulista e no Hospital de Jabaquara, instituições em que trabalho, ao chegar, a mulher é acolhida por uma enfermeira ou assistente social, que elabora um relatório em uma ficha padronizada, posteriormente encaminhada para avaliação médica e psicológica. Neste ponto, encontramos alguns problemas. O acompanhamento psicológico oferece apoio frente às dificuldades que a paciente vítima enfrentará no trabalho, na escola, com a família, com o namorado, com o marido, com os filhos, na igreja e na comunidade. Tudo deve ser registrado no prontuário sob a forma de avaliação psicológica da paciente. No entanto, os/as profissionais desta

¹ Coordenador do Núcleo de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual e Aborto previsto em lei da Unifesp.

área são protegidos/as pelo código de ética e não fazem anotações no prontuário, o que dificulta os procedimentos de contra-referência para a assistente social ou, caso necessário, o encaminhamento dos casos mais graves, como psicoses e depressão, para um/a psiquiatra, que é o/a profissional habilitado/a para prescrever medicação.

O atendimento médico tem no registro em prontuário o seu principal problema. Certa vez, recebi o registro de uma mulher que tinha sido estuprada somente com a seguinte inscrição: VS. Só isso. Significava “violência sexual”. Desta forma, os/as outros/as profissionais que atenderem a mulher não entenderão a situação e a paciente será obrigada a contar a mesma história para várias pessoas.

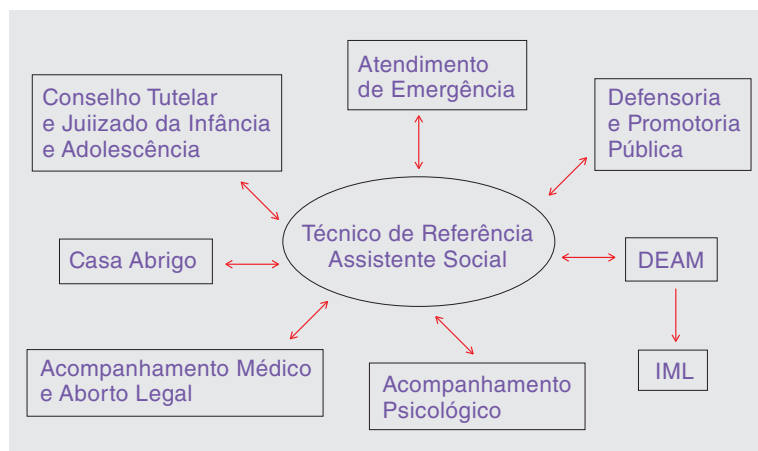
Nos procedimentos médicos de emergência também estão inclusos os exames periciais e sexológicos, com coleta de esperma da vagina, sangue das vestes, unhas e outros vestígios. A partir daí, se iniciam as profilaxias com o uso de contracepção de emergência, de coquetel contra as DSTs não-virais, HIV e Hepatite B. Esta rotina está contida na Norma Técnica do Ministério da Saúde revisada em 2005. Na primeira versão, não havia a prescrição do tratamento com antiretrovirais, para o HIV.

O protocolo e as rotinas de atenção têm que ser do conhecimento de todos/as os/as trabalhadores/as da unidade para evitar, por exemplo, que na recepção, a mulher seja encaminhada pela atendente a uma delegacia. As direções dos hospitais precisam promover reuniões informativas, esclarecer que as fichas são padronizadas e que as mulheres irão assinar um termo de consentimento para receber a medicação antiretroviral e a anticoncepção de emergência. Tudo deve ser explicado à paciente, ela deve saber a razão de estar tomando cada um dos medicamentos prescritos. Ela não pode sair da unidade dizendo que tomou vários comprimidos sem saber do que se tratava.

Em síntese, nos serviços de saúde é necessário que se tenha protocolos e rotinas que sejam do conhecimento de toda a equipe, fichas de atendimento padronizadas e termo de consentimento informado, para que a paciente assine antes dos procedimentos. Mas, caso a entrada da mulher na rede de assistência se dê pela via da delegacia, o registro da ocorrência de violência sexual deve ser feito, com um atendimento também humanizado. Neste local, a mulher fará a lavratura do Boletim de Ocorrência e deverá ser encaminhada a algum serviço de referência.

As gestões precisam criar uma rede de assistência para onde o/a técnico/a de assistência ou uma assistente social possa encaminhar as pacientes depois destes atendimentos. É importante que os serviços sejam descentralizados, contando com vários hospitais de referência, em diferentes áreas da cidade, de forma a facilitar o acesso. O quadro abaixo apresenta o fluxograma da rede assistencial.

Quadro 1 – Atendimento de Referência / Rede de Assistência



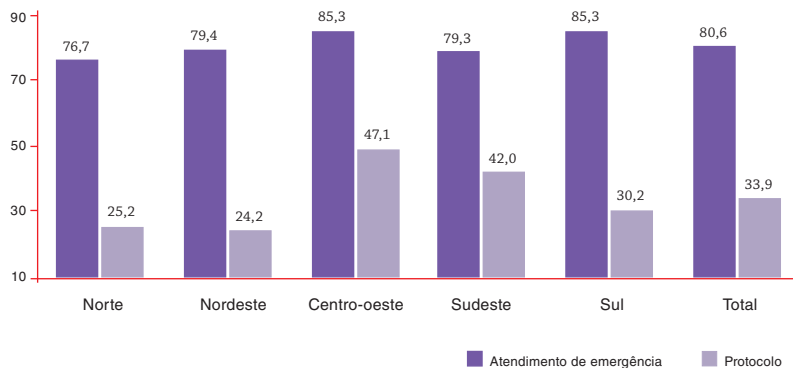
Lamentavelmente, a questão da interrupção da gravidez de vítima de estupro ainda é um problema. Atualmente, no Brasil, dos 5.550 municípios, apenas cerca de 600 atendem vítimas de violência sexual, utilizando-se da rotina correta, com uso de contracepção de emergência e de antiretrovirais. Mas somente 200 destes serviços realizam o aborto previsto em lei. Somos líderes na América Latina em serviços de atendimento à violência sexual, mas quando chamamos o/a médico/a e sua equipe para tratar vítimas de estupro, começam os problemas.

Já quando se trata do risco de morte materna, como pontuou Gilberta Soares, a situação é diferente, pois o/a profissional argumenta que aquela interrupção está salvando a vida da mulher. Em uma sondagem feita pela FEBRASGO-Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 90% dos/as médicos/as entrevistados/as aceitam este tipo de interrupção da gravidez por que não querem ver a mulher morrer. Quando se pergunta sobre a interrupção por estupro, este percentual se reduz para 62%.

Para realizar estes atendimentos, precisamos de, pelo menos, duas assinaturas de profissionais atestando a real necessidade do procedimento no laudo médico, com informações precisas sobre o risco existente com a evolução da gravidez. O acordo entre a equipe também é necessário. Na semana passada, um anestesista se recusou a participar de um aborto previsto em lei, já na sala de cirurgia, pelo fato da mulher ter sido vítima de estupro e ele não concordar com essa prática. Por isso, é importante discutir com a equipe de anestesia quem são os/as profissionais que irão participar do programa de assistência ao aborto previsto em lei. Também é necessário fazer a marcação dos exames, o agendamento da interrupção e garantir um leito na UTI, principalmente em caso de risco materno. Após o esvaziamento intra-uterino deve-se fazer a inscrição no prontuário com a assinatura do/a médico/a obstetra e

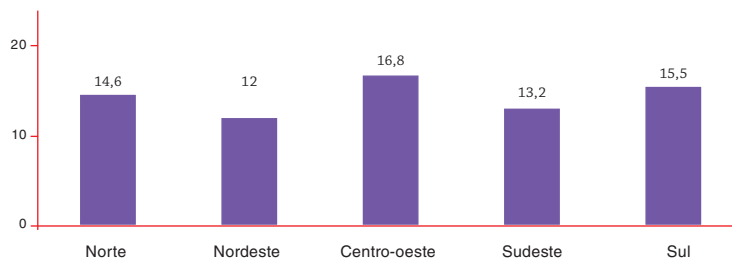
do/a anestesista. O problema é que geralmente os/as profissionais anotam “curetagem” ou “abortamento” e, com isto, não é possível saber com precisão quantos abortos previstos em lei foram realizados na instituição.

Em pesquisa realizada pela FEBRASGO em 2007, foram entrevistados/as profissionais representantes de 1.399 serviços de atendimento ao aborto previsto em lei, em todo o país. Este estudo apontou as principais falhas no atendimento às mulheres vítimas de violência nos serviços de saúde. Menos da metade dos serviços estudados utilizavam-se de um protocolo de atendimento correto, como se pode ver no gráfico abaixo:



Também foram poucos os serviços que ofereciam a anticoncepção de emergência e os antibióticos. Na Região Sul, apenas 56% utilizavam os antibióticos e 38,1% receitavam a contracepção de emergência. No Nordeste, estes números caem, respectivamente, para 49,9% e 35,4%. Na profilaxia de Hepatite B e HIV, a realidade é parecida. No sul, só 38% ofereciam antiretrovirais para a prevenção ao HIV e, no Nordeste, se encontra o mais baixo percentual do país (18,5%).

Poucos também são os serviços que oferecem exame de coleta de material vaginal: só 16,5 % no Norte, 16,1% no Nordeste, 23,2% no Centro-Oeste, 22,7% no Sudeste e 20,2% no Sul. A pesquisa revelou um percentual baixíssimo de serviços que faziam o tratamento completo de acordo com a norma técnica do Ministério da Saúde. No total, foi muito baixa a proporção de serviços de ofereciam atendimento de emergência e que administravam todos os medicamentos recomendados pela norma técnica do Ministério da Saúde, como se pode observar no gráfico abaixo:



Falta dos medicamentos foi a principal razão alegada para não oferecer cada uma das medicações profiláticas recomendadas pela norma do Ministério da Saúde, principalmente a anticoncepção de emergência e os antiretrovirais. Mas, embora numa proporção menor, também foi referida a falta de decisão política das secretarias municipais de saúde com relação à efetiva implementação dos serviços.

Cerca de 40% dos serviços nas regiões Centro-Oeste e Sudeste e 30% ou menos nas outras regiões, têm um protocolo próprio para realizar o atendimento de emergência. Entre 40% e 60% dos serviços em todas as regiões davam informações sobre o direito de abor-

tar após a violência sexual, entretanto, menos de 25% dos serviços em todas as regiões ministrava todos os medicamentos preconizados e menos de 17% realizava todos os exames recomendados pela norma técnica do Ministério da Saúde.

O trabalho da Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres de João Pessoa

Douraci Vieira dos Santos¹

Desde 2005, o município de João Pessoa possui uma Coordenadoria de Políticas Públicas para as Mulheres com a missão de contribuir para a promoção da equidade de gênero, através da implementação de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres e elevem a sua cidadania. A Coordenadoria atua em cinco áreas de vulnerabilidades que ameaçam a qualidade de vida e a autonomia das mulheres. São elas: Educação Inclusiva e não Sexista, não Homofóbica, Não Racista; Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Trabalho e Enfrentamento a Pobreza; Enfrentamento à Violência contra a Mulher; e Comunicação, Mídia e Cultura.

O Centro de Referência para o atendimento a mulheres em situação de violência funciona desde 2007. É um serviço que atende as mulheres vítimas de violência, oferecendo assistência psicossocial e jurídica. A proposta é acolher e orientar as mulheres em situação de violência, visando à ruptura da situação e o fortalecimento da vítima.

¹ Coordenadora de Políticas Públicas para as Mulheres de João Pessoa.

Em João Pessoa, temos dois serviços de referência na área de saúde, a Maternidade Frei Damião, de gestão estadual, e o Instituto Cândida Vargas, municipal. Apesar dos esforços, as mulheres per-

correm uma verdadeira via-crúcis quando precisam recorrer a estas unidades. Não tivemos sorte com os/as profissionais que estavam à frente do serviço, embora nunca seja demais lembrar que servidoras/as têm responsabilidades públicas – mas, nesse caso, nem sempre foram cumpridas. Através de parcerias, inclusive com o Cunha, estamos oferecendo formação continuada e sensibilização para os/as profissionais como uma tentativa de superar essas dificuldades.

Desde dezembro de 2007, o Centro de Referência atendeu 301 mulheres. São poucos os casos de violência sexual que chegam à instituição. A maioria é atendida em outros espaços. Isto porque, paradoxalmente, a rede não faz referência a si própria. O desafio do Instituto Cândida Vargas é encaminhar estas vítimas para o Centro, que fica muito próximo da maternidade.

Faltam profissionais sensibilizados/as e experientes e ainda são muitas as atitudes e posturas fundamentalistas entre as equipes, que dificultam a realização da assistência ao aborto previsto em lei. Uma outra dificuldade é a baixa popularidade da rede. Para tentar sanar o problema, estamos apostando em um plano de divulgação na mídia voltado para o Centro de Referência e para o Cândida Vargas. Paralelamente, queremos fortalecer a interação com as comunidades. Aprovamos um projeto com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, no qual serão realizadas oficinas com homens e mulheres.

A inexistência de um sistema de monitoramento mais eficaz, capaz de registrar dados e subsidiar a rede para melhorar sua intervenção e de uma casa-abrigo em todo o Estado também se colocam como desafios para a gestão. A implantação dos dois serviços em João Pessoa foi um grande avanço, fruto da luta do movimento e de alguns gestores comprometidos. A própria existência do Centro de Referência e da Coordenadoria atrai a mídia para fazer o debate

sobre a violência. Temos aproveitado estes espaços e, como resultado, são inúmeros os convites de escolas e grupos da comunidade para debatermos a temática. Fazemos um mutirão para responder a todos/as porque nosso interesse é debater cada vez mais a violência contra a mulher. Outro resultado é que ultimamente mais mulheres têm procurado do Centro de Referência, que se constitui paulatinamente em uma referência para a defesa dos direitos das mulheres.

Estamos na fase final do processo de elaboração do plano estadual de enfrentamento a violência e, em breve, o pacto de enfrentamento à violência deverá ser assinado junto com as demais esferas de governo. Com esse processo, que mobiliza movimentos sociais, secretarias estaduais e o governo municipal de João Pessoa, outras conquistas estão surgindo, como a criação de um organismo de política para as mulheres de caráter estadual, uma casa abrigo e a ampliação de mais três delegacias.

Atuamos em parceria com o movimento de mulheres para alcançar as melhorias necessárias. As perspectivas mais imediatas são:

Mudanças no quadro de profissionais responsáveis pelo serviço de referência da saúde, visando um modelo de gestão humanizado e reafirmador dos direitos das mulheres;

Implementação de um novo plano de qualificação dos/as profissionais com planejamento conjunto entre os dois serviços municipais;

A presença da Rede Feminista de Saúde e do Conselho de Direitos da Mulher como atores políticos reconhecidos nesse diálogo;

Ampliação da divulgação dos serviços, desde a rede de atenção básica até população propriamente dita.

Em João Pessoa, a igreja católica protagoniza uma campanha contra o aborto e há muitos/as profissionais da rede pública que seguem a lógica religiosa e se desviam de suas reais atribuições. Por isso, faremos o esforço de afastar esses/as profissionais. E temos o prazer de receber Ana de Lourdes e outros/as médicos/as que estejam dispostos/as a mudar o quadro atual.

Serviço de atenção à mulher vítima de violência sexual em Natal

Ana Tereza Leiros¹

Em 2006, foi criado o Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Natal. O objetivo da iniciativa é trazer a política de prevenção à violência para os serviços de saúde. Atuamos no âmbito mais geral da violência, sem recortes por faixas etárias e englobando os casos de acidentes. Na verdade, estamos lidando com um fenômeno ainda pouco conhecido pela saúde pública de Natal.

O Núcleo tem trabalhado com três eixos:

Fortalecimento da rede básica, por ser a porta de entrada dos serviços;

O planejamento das ações;

A estruturação de um serviço de referência.

¹Técnica no Núcleo de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde da Secretaria de Saúde de Natal.

Neste momento, a grande preocupação é que com a criação deste serviço, de forma que todas as demandas passem a ser centralizadas nele. Sabemos que a unidade básica pode fazer o acolhimento da mulher, antes do encaminhamento à unidade de referência e, por isso, também estamos atuando no viés da capacitação, sensi-

bilização e produção de materiais educativos voltados para os/as profissionais que atuam neste nível do sistema.

Não acreditamos, porém, que a falta de informação seja o motivo da recusa ao atendimento ou da adoção de procedimentos errôneos com relação aos casos de violência. É preciso sensibilizar os/as profissionais, porque este é um assunto difícil para todas as pessoas. No início das nossas atividades, lançamos uma cartilha voltada para os/as profissionais de saúde, na qual descrevíamos os vários tipos de violência, os sinais e sintomas que podem facilitar o diagnóstico e um guia de referência para a rede já existente.

Uma outra linha estratégica é manter a articulação intersetorial e com outras entidades do governo e da sociedade civil. A adoção da notificação de casos pode contribuir neste processo e é um dos grandes desafios do Núcleo. Porém, a resistência ao uso do instrumento de notificação é grande. Em 2007, realizamos uma sondagem com mais de 100 profissionais participantes de uma capacitação, perguntando “o que é violência?” e “o que fazer diante de um caso de violência?”.

Com relação ao conceito, a principal resposta associava violência à agressão física, mostrando o quanto este ainda é um assunto vedado e limitado. Quanto ao procedimento, os principais resultados apontavam para o encaminhamento aos centros de apoio e redes de proteção. Poucos citaram os procedimentos de “cuidar”, “acolher” e “notificar” os casos.

Com isso, fica claro o desconhecimento com relação ao conceito de violência, além da dificuldade em lidar com o tema, numa postura que tenta se isentar do problema, reforçando uma política que chamamos de “ao centro de referência”. Encaminham os casos sem prestar a assistência e o suporte necessários no nível dos serviços de saúde. Sobre o distanciamento da temática, muitos/as relataram

ter medo de retaliações por parte dos agressores, o que não deixa de ser uma ameaça real, mas que não pode ser impeditivo da oferta de assistência.

Os/as profissionais de saúde estão nas comunidades, convivem com as pessoas e têm medo de represálias. Também não confiam no amparo da rede de apoio institucional existente. Estes são os principais empecilhos para a notificação.

Iniciamos esse processo em junho de 2007, contando com o apoio e a participação de Maria Carmelita, do Recife. Selecionamos equipes nos cinco distritos e apresentamos a ficha implantada nacionalmente, em uma capacitação para a utilização do instrumento. Mas, até agora, só recebemos duas fichas de notificação. O Núcleo deve ter recebido cerca de 15 notificações em um ano. Mas, entendemos que se trata de uma mudança cultural também. Estes profissionais estão acostumados a lidar com doenças e com agravos e a violência parece muito distante do seu universo.

Atuar no enfrentamento à violência contra as mulheres revela que esta não é apenas uma questão de saúde pública e demonstra a necessidade de darmos as mãos uns aos outros para termos forças de enfrentá-la da forma adequada.

Atenção à mulher vítima de violência sexual no Recife

Adriana Tinoco¹

A Maternidade Professor Arnaldo Marques, localizada no Ibura, é relativamente nova, mas desde o quarto mês de implantação atua com a temática da violência contra a mulher. Na unidade não falta medicação e uma farmacêutica extremamente cuidadosa mantém kits de violência prontos. A cada uso, eles são repostos. O problema está na capacitação dos/as profissionais. Alguns/mas passaram por oficinas, seminários, mas a maioria dos/as médicos/as se recusa a estar presente.

O procedimento de atendimento às mulheres segue a seguinte rotina: a mulher chega à unidade; preenche ficha na recepção, de onde é encaminhada para a triagem ou para o atendimento do Serviço Social (quando a violência já é declarada). Detectada a violência, a paciente será atendida pelo serviço psicossocial e receberá o “kit violência” (profilaxia preconizada pelas normas técnicas do Ministério da Saúde) pelos/as profissionais capacitados. No serviço psicossocial são realizadas a notificação da ocorrência e os encaminhamentos necessários ao caso.

O conceito de violência com que trabalhamos é amplo, envolvendo quaisquer práticas agressivas, assim descritas:

¹ Profissional da Maternidade Professor Arnaldo Marques

“ação violenta, opressão, tirania, qualquer força empregada contra a vontade de liberdade ou resistência de pessoa ou coisa, constrangimento físico ou moral exercido sobre alguma pessoa para obrigá-la a se submeter à vontade de outrem com a sua ação”.

A violência sexual, por sua vez, pode ser definida como

“um tipo de violência em que alguém, adulto ou criança, é usado para a gratificação sexual de outra pessoa, com base nas relações de poder, sendo obrigada a realizar práticas sexuais contra a sua vontade. Pode ocorrer com ou sem violência física”.

A lógica perversa das relações de poder é a mesma nos dois casos e atinge, na maioria das vezes, meninas e mulheres. No entanto, também há ocorrências envolvendo meninos e homens, mas são mais raras devido à vergonha e aos valores morais machistas ainda existentes, que dificultam a revelação dessas situações.

Existem alguns sintomas que auxiliam no diagnóstico destes casos: mudança de comportamento e humor; sentimentos como vergonha, culpa, ansiedade, medo, raiva e isolamento; sono perturbado, pesadelos; infecção urinária, dor abdominal, hemorragia vaginal ou retal, secreção vaginal ou peniana; dificuldades para caminhar, escoriações e edemas.

Difícilmente uma mulher chega ao serviço narrando diretamente a violência sofrida. Em geral, alegam quedas de bicicleta e outros tipos de acidentes. Geralmente, os casos são detectados na triagem e, depois do atendimento e da profilaxia, a vítima é encaminhada ao Centro de Referência Clarice Lispector, que dará o apoio necessário, inclusive jurídico.

Apesar dos números que apontam para o Ibura como um dos bairros mais violentos do Recife, a maternidade tem recebido poucos casos de violência sexual. De outubro de 2006 a julho de 2007, foram atendidas apenas nove mulheres, e entre estas, havia crianças e adolescentes. Em sua maioria, as mulheres eram solteiras, sofrendo diferentes tipos de violência e a maior parte dos agressores eram companheiros ou parentes próximos. Todas foram encaminhadas para atendimento psicológico e para o Centro de Referência.

De novembro de 2007 até julho de 2008 foram apenas oito casos. Foram mulheres com até 59 anos, solteiras e casadas. Mas permaneceram os variados tipos de violência e o perfil dos agressores: companheiros, conhecidos e familiares.

Comentários da Debatedora

Suely Oliveira¹

Na condição de gestora pública, conheci algumas das realidades apresentadas nessa mesa. Chama-nos a atenção, o elemento trazido por Jorge Andalaft sobre as diferenças regionais e a superlotação dos serviços. Isso é algo recorrente, assim como a peregrinação das usuárias que, muitas vezes, precisam passar por várias unidades antes de ser atendida. Na semana passada, uma mulher foi agredida por seu patrão e me ligou às 9h para saber onde buscar ajuda e apenas às 18h foi atendida no IML. Tratava-se de uma mulher de classe média, estudante de jornalismo. Na Delegacia de Santo Amaro ouviu de um profissional que lá só atendiam casos amorosos. Indicaram a de Boa Viagem, mas estava em reforma.

Além da rotatividade dos/as profissionais, que exige que os processos de capacitação sejam permanentes, devemos ter uma preocupação com a descontinuidade do próprio serviço. É importante que gestores/as e chefes do executivo se comprometam com a manutenção dos serviços como uma política de Estado e não de governo. Um movimento forte, unido e coeso como o Fórum de Mulheres de Pernambuco, que mantém há mais um ano as Vigílias pelo Fim da Violência contra a Mulher, em muito contribui para pressionar por este compromisso.

¹ Psicóloga, integrante do Fórum de Mulheres de Pernambuco

Fiquei impressionada com o fato das maiores falhas no atendimento às vítimas de violência sexual estarem no Norte e no Nordeste. Ou seja, apesar dos avanços, ainda estamos na pior condição do país. Isso não é exatamente uma surpresa, mas uma triste constatação.

Com relação ao acesso aos serviços, é necessário ampliar o conhecimento das usuárias com relação aos seus direitos, de forma que possam cobrá-los.

Gostaria de saber como está, em João Pessoa, a questão do encaminhamento dos casos de mulheres em situação de aborto para outro estado. A Paraíba não assinou o pacto de enfrentamento à violência contra a mulher, o que é péssimo. O Pacto confere poder aos órgãos que, nos estados e municípios, executam políticas para as mulheres. Se a unidade federativa não assina o documento, está a um passo atrás do processo de execução de políticas.

Penso também que nós, militantes, não podemos entender os partidos políticos apenas como legendas de aluguel para as nossas bandeiras e propostas. Isso me veio à mente durante a exposição sobre a maternidade do Ibura, um bairro popular e populoso. Digo isto porque alguns partidos são realmente nocivos às mulheres, embora eventualmente apóiem uma ou outra de nossas causas, pois não implementariam as políticas públicas que foram abordadas em todo o seminário. Estas são questões a serem pensadas.

Debate

Comentários da platéia

Questão 01 - A estratégia de Natal é implantar a assistência na rede básica para depois criar Centro de Referência. A de João Pessoa foi inversa. Sem dúvida, precisamos atuar dentro das realidades políticas, aproveitando as oportunidades e as brechas. A criação do centro força a rede a se estruturar, mas o ideal seria que se estabelecessem paralelamente.

Com relação aos partidos, acredito que, sem dúvida, um partido do campo democrático-popular, que conte com a presença de pessoas que já integraram movimentos sociais e sindicatos, faz diferença em relação a outros de origem patronal. No entanto, a trajetória dos/as candidatos/as também precisa ser observada. Em legendas de esquerda, algumas vezes, encontramos pessoas fundamentalistas.

Questão 02 – Nas pesquisas, o lugar das trabalhadoras rurais não fica muito claro, somos invisíveis em alguns lugares e isso precisa ser trabalhado. Também queria perguntar a

Adriana Tinoco, quais os motivos do número reduzido de atendimentos na maternidade do Ibura?

Questão 03 – Imagine que estamos discutindo o atendimento às mulheres vítimas de violência no Sistema Único de Saúde e vemos um estado como Pernambuco, gerido por uma legenda popular, criar uma lei para instituir Fundações Estatais de Direito Privado. Gostaria que alguém comentasse isto.

Comentários das conferencistas

Adriana Tinoco

Na Prefeitura, temos um material de divulgação em ampla escala, inclusive, para doar. A maioria das mulheres não procura o serviço por medo de retaliação por parte do agressor que está em casa. E o/a agente de saúde, o/a profissional que atende, não têm muito o que fazer, porque está lá na ponta, não está dentro da casa, onde a ameaça acontece. Mesmo que indiquemos o Centro de Referência ou encaminhemos para a casa-abrigo, outros fatores sociais pesam, principalmente a dependência econômica. Muitas pacientes se negam a dar informações para a notificação por achar que seus dados vão chegar à polícia. Por mais que esclareçamos, elas resistem.

Ana Tereza

A questão de fortalecer a rede básica de Natal antes do Centro foi uma escolha que contém um risco, mas a nossa grande preocupação no Núcleo é “ter pernas”, ou seja, ter capacidade de execução, afinal, atualmente somos uma “equipe”, com uma única funcionária, que está 100% representado nesta mesa. Mas, temos um Centro de Referência da Assistência

Social e duas maternidades na capital que fazem o aborto previsto em lei e são consideradas referências.

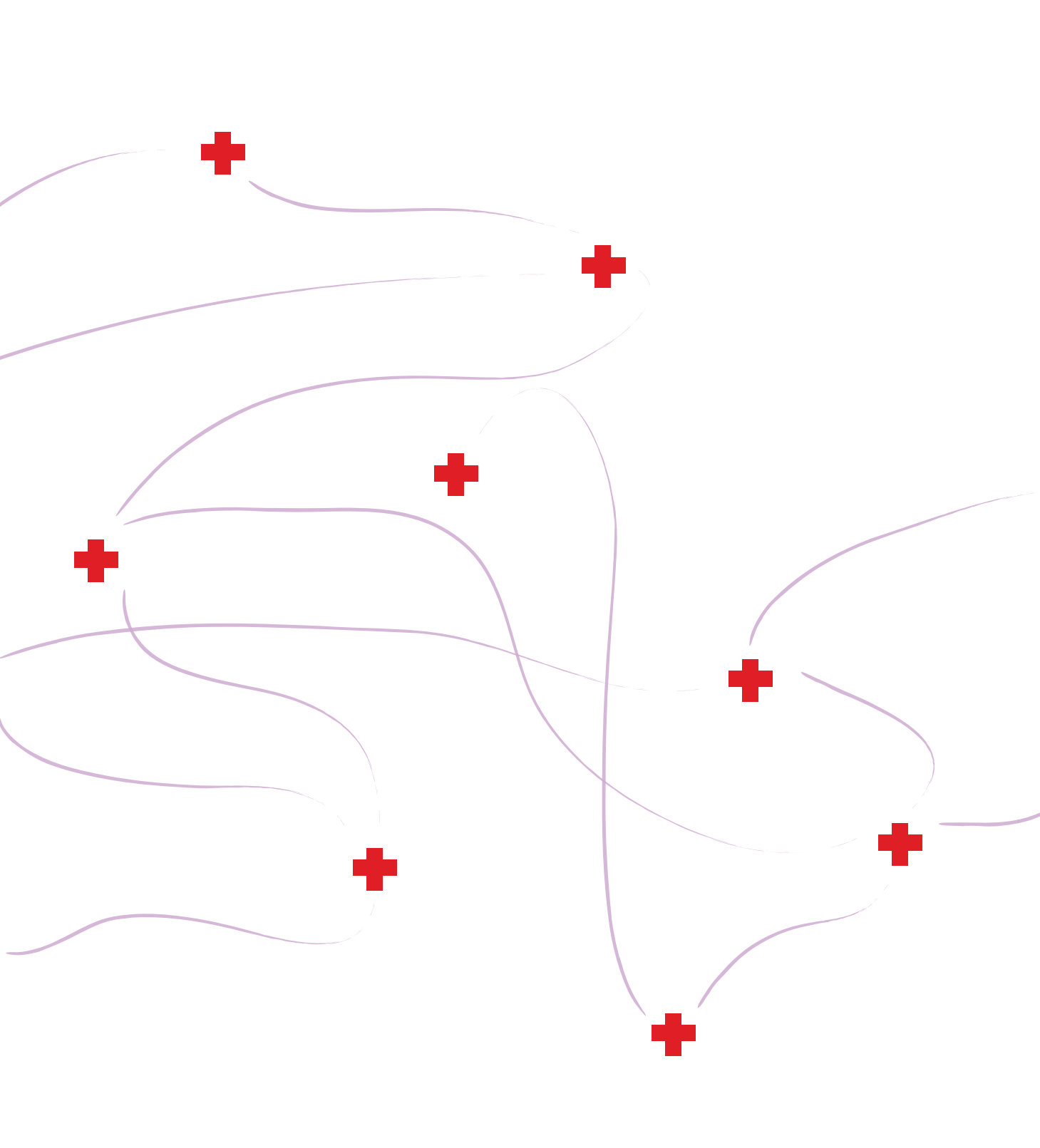
Jorge Andalaft

Capacitação é isto que está posto neste seminário: troca de experiências, escuta e a busca pela melhoria permanente.

Douraci Vieira

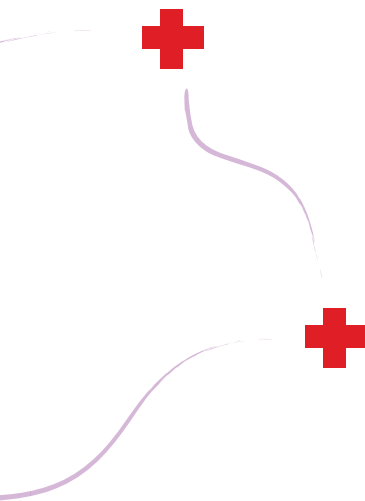
Com relação à transferência das mulheres em situação de abortamento para o Recife, a gestão do município já está tomando medidas para alterar esse quadro, iniciando com a substituição de alguns/mas profissionais das unidades. A decisão da gestão é que o serviço assuma o que é de sua responsabilidade.

Infelizmente, o Estado da Paraíba nem assinou o Pacto de Enfrentamento à Violência contra a Mulher nem acessa recursos da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Somente o Núcleo, em João Pessoa, recebeu R\$ 70 mil para as ações que está desenvolvendo. No entanto, estamos pressionando o governo estadual, que já anunciou a disponibilidade para criar uma Gerência da Mulher, vinculada ao Gabinete do Governador, assim como de instituir um plano estadual de enfrentamento à violência e, enfim, assinar o pacto.





Violência contra as mulheres e serviços de saúde: pontos críticos



Coordenação

Sula Valongueiro

Fórum de Mulheres de Pernambuco

Convidadas

Sandra Valongueiro

Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFPE

Walquíria Ferreira

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - Recife/PE

Verônica Ferreira

SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia - Recife/PE



Pontos críticos da atenção à violência contra as mulheres nos serviços de saúde

Sandra Valongueiro¹

Analisando as exposições da mesa temática “Panorama da violência vivida pelas usuárias do SUS” é possível observar que foram apresentados: um estudo qualitativo de base institucional; uma pesquisa quantitativa, com a população usuária do Sistema Único de Saúde, com uma perspectiva feminista; além de um estudo quantitativo de base populacional, de baixa renda, com grávidas não-adolescentes. Cada uma das expositoras apresentou dados da realidade das mulheres vítimas de violência e apontaram recortes que requerem atenção.

A pesquisadora Ana Carolina Azevedo, do Nusp/UFPE, no estudo *A violência cometida pelo parceiro íntimo e outros fatores associados à gravidez não-pretendida* aponta que 32% das mulheres entrevistadas sofreram violência na gravidez. A gravidez, por sua vez, pode aumentar a dependência das mesmas, explicitando o conflito existente entre a autonomia reprodutiva das mulheres e a decisão reprodutiva dos seus parceiros. Outro dado é que 60,4% dos casos eram de gravidezes não desejadas. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em 2006, demonstra que a taxa

¹ Pesquisadora do
PIPASC-UFPE.

de fecundidade total das brasileiras, hoje, é de 1,8 filhos por mulher. Das crianças nascidas vivas, 46% dos nascimentos não foram planejados, 28% queriam adiar e 18% não eram desejados.

Os pontos críticos aqui se mostraram diretamente associados à ausência de políticas públicas inclusivas que articulem saúde e educação para homens e mulheres, além das escassas ações de planejamento reprodutivo nos serviços de saúde com abordagem relacional, que incorporem as questões de gênero no campo da reprodução.

A violência institucional foi identificada em todas as instituições visitadas no estudo da Unifesp: nos serviços de saúde, os/as pesquisadoras encontraram a desqualificação das equipes, negligência e negação do cuidado. Nas delegacias de política e também nas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, as entrevistas demonstraram a desqualificação para atender às vítimas, banalização da violência e discriminação, com hierarquia de delitos. Tais práticas impactam diretamente na decisão da mulher em buscar ajuda e cuidado para sair da situação de violência.

A principal indagação que Danila Cristina Sala nos deixa é: como deixar de produzir violência nas instituições que lidam com as mulheres em situação de violência?

A pesquisa apresentada por Ana Paula Portella, do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, demonstra que há uma elevada prevalência de violência entre as mulheres usuárias do SUS, em grande parte recorrente, tendo as mulheres acessado os serviços mais de uma vez em decorrência das agressões sofridas. Uma característica relevante é justamente o fato das mulheres procurarem o atendimento médico em busca de cuidado. No entanto, os serviços de saúde não estão preparados para exercerem a escuta da paciente, podendo apresentar ainda atitudes racistas, discriminatórias ou sexistas. Um outro ponto crítico que veio à tona é a

nomenclatura “autores” ou “agressores”, para se referir aos homens que cometem violência sexista.

É preciso tecer algumas considerações sobre a relevância do conceito de cuidado que deve ser praticado nos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência. O ato de cuidar do outro em sofrimento é o agir que inclui o outro como legítimo outro, ou seja, como possibilidade de conhecimento, liberdade e desejo. Isto implica em: observar, entender, avaliar, ter curiosidade, acompanhar, rever, escutar, responder, ser solidário, aceitar, fazer crescer, dar autonomia, proteger, defender, individualizar o/a sujeito/a-cidadã/o que demanda ações de saúde. Os serviços de saúde são espaços de produção do cuidado, no entanto, o que aparece nas pesquisas apresentadas neste seminário é que negam este cuidar e assumem atitudes violentas.

O ambiente barulhento, precário, cheio e sem privacidade da triagem – e sem condições dignas de trabalho --, associado à dificuldade em conviver com mulheres que permanecem em condições de violência se contrapõem aos atos indissociáveis da prática do cuidado, citados anteriormente.

Todos os estudos tiveram foco nas usuárias do SUS, o que nos leva a questionar a qualidade dos serviços privados e, em especial, os conveniados. Ainda faltam informações sobre as mulheres de classe média. A maior violência institucional apresentada é a ausência de cuidado e isto é responsabilidade imediata da gestão e do controle social. Essa lacuna rebate na subnotificação, visto que o agravo de notificação compulsória depende da escuta – a qual não tem sido exercitada a contento nos serviços. Para enfrentar a violência, é necessário ter como referência o marco legal e político da Lei Maria da Penha em consonância com a política e as normas do Ministério da Saúde.

Respostas dos serviços de saúde à violência contra a mulher

Walquíria Ferreira¹

Os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violências nas cidades do Recife, Natal e João Pessoa apresentam avanços, pontos críticas e desafios que merecem reflexão. A capital pernambucana possui uma política municipal de atenção integral à saúde da mulher focada em três eixos temáticos: atenção às vítimas de violência sexual e doméstica, atenção aos direitos sexuais e reprodutivos e atenção ao pré-natal, parto, aborto e puerpério. Para garantir a concretização do atendimento mantém uma interface com as políticas estratégicas voltadas para crianças e adolescentes, ao/à idoso/a, à população negra, à prevenção de acidentes e violência, à saúde mental e aos projetos Mais Vida e Academia da Cidade. A Gerência de Saúde da Mulher também se articula com as Secretarias de Educação, Direitos Humanos e Segurança, assim como com as Universidades, os Conselhos de Saúde e as instâncias de controle social.

No Recife, os equipamentos públicos de proteção aos direitos das mulheres incluem serviços de orientação e atendimento às mulheres vítimas de violência nas três maternidades do município; Centro de Referência Clarice Lispector; casa abrigo; um protocolo – implantado na rede de atenção, com rotinas que possibilitam

¹ Pesquisadora do Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros (CISAM)

uniformizar a linguagem e divulgar serviços; e um telefone 0800 para orientação às usuárias.

Dentre as estratégias apresentadas pela gestão estão: a criação do Bloco carnavalesco “Nem com uma Flor”; investimento em capacitação para a equipe multiprofissional; produção de materiais educativos e de divulgação; e pesquisas para a construção de indicadores de avaliação e mudanças. Mesmo assim, a Gerência de Saúde da Mulher aponta as seguintes dificuldades no atendimento integral às mulheres vítimas de violência e em situação de abortamento:

- Resistência dos/as profissionais com relação às mudanças nos serviços;

- Preconceito em relação à interrupção da gravidez e à contracepção de emergência;

- Lacuna de atualização dos/as profissionais para responder às demandas das mulheres.

Em João Pessoa, na Paraíba, o serviço apresenta estrutura física adequada e uma equipe multiprofissional preparada para fazer acolhimento às mulheres. No entanto, não existe articulação com a rede de atenção do Estado e os/as profissionais que realizam o Aborto Legal são estigmatizados/as pelas equipes médicas. Tais fatores apontam como desafios:

- A necessidade de envolver mais profissionais na atenção às mulheres;

- Descentralizar o atendimento;

- Divulgar o serviço, facilitando o acesso das mulheres ao mesmo.

No Rio Grande do Norte, segundo a Secretaria de Saúde de Natal, o tema da violência é transversal a todos os

atendimentos da atenção básica, organizada por ciclos de vida (criança, adolescente, adulto/a e idoso/a). Alguns pontos críticos se sobressaem na atenção às mulheres:

A violência, normalmente, é vista como um problema doméstico;

Os/as profissionais encontram dificuldades para fazer os encaminhamentos das vítimas;

As delegacias não são preparadas para o atendimento;

O centro de referência não tem condições de atender a demanda;

Os/as profissionais que trabalham na casa abrigo não possuem a proteção necessária para os casos que envolvem riscos.

A estes elementos se somam o desafio de tratar a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública e a implantação da notificação dos casos de violência, como forma de aprimorar as políticas de saúde da mulher e de enfrentamento à violência de gênero.

Das três capitais, apenas o Recife possui o serviço de notificação compulsória dos casos de violência, como previsto em lei, mas ainda precisa operacionalizar a ferramenta nos serviços. A notificação é um importante instrumento de identificação e enfrentamento da violência e garantia de direitos, além de dar visibilidade à temática. Nas exposições é latente o desafio de criar outras políticas que dialoguem com o setor saúde, assim como a necessidade de monitoramento das ações desenvolvidas nos serviços e de preparação dos/as profissionais para ajudar a mulher a romper com o ciclo da violência.

Serviços de atenção à violência sexual

Verônica Ferreira¹

Os serviços de atenção às mulheres vítimas de violência sexual apresentam alguns pontos críticos principais que podem ser divididos em três eixos fundamentais:

A implantação dos serviços de referência;

As lacunas teórico-políticas;

A relação entre as dificuldades no cotidiano dos serviços e o contexto em que vivemos.

Todos esses elementos se impõem como questões políticas importantes para o movimento feminista.

Com relação aos serviços de referência, a composição da mesa – com os serviços apresentados em seu contexto histórico, desde o primeiro, implementado na década de 1980, em Jabaquara, e os dos demais municípios, muito mais recentes - nos permitiu observar os problemas em sua complexidade: questões mais conjunturais ou relacionadas ao contexto e ao nível de comprometimento político, como por exemplo, a falta de medicamentos em serviços como o Jabaquara, o pioneiro.

¹ Pesquisadora
do SOS Corpo
Instituto
Feminista para a
Democracia.

Os problemas estruturais ao próprio serviço persistem ao longo do tempo, pois estão presentes ainda no Jabaquara e nos serviços mais recentes, como é o caso da recusa de profissionais em prestar determinados atendimentos sob a alusão a problemas éticos. Tal quadro é reiterado nos dados apresentados por Jorge Andalaft – menos de 25% dos serviços existentes no Brasil oferecem todos os serviços previstos na Norma Técnica do Ministério da Saúde.

A garantia do aborto legal é o grande entrave. Começamos pelo mais difícil? Implantar um tema (a violência contra as mulheres), que, como disse Ana Paula Portella, ainda é uma questão recente como problema político e na produção de conhecimento, confrontando a prática que envolve questões éticas e morais das mais antigas, o aborto. Este é o paradoxo apontado por Wilza Vilela em outras ocasiões e permanece como um grande desafio para o SUS. Nos serviços de saúde, do mais recente ao mais antigo, está presente a recusa em prestar o atendimento e garantir o direito e a efetividade do acesso para as mulheres, mesmo em serviços em que toda a infra-estrutura é garantida.

Os três municípios convivem com situações díspares, apesar de ainda apresentarem insuficiência dos serviços e uma rede precária. A não existência de serviços de referência – eis aqui uma reflexão a ser feita por Natal, me parece – torna mais difícil o encaminhamento do atendimento à mulher vítima de violência. No entanto, um ponto crítico é que a maioria dos encaminhamentos não se constitui em uma resposta consciente do/a profissional no sentido de resolver a situação, mas se configura como a própria falta de resposta do/a profissional de saúde que transfere o problema para outro setor.

Há uma baixa institucionalização dos serviços, isto é, apesar de serem referência, no cotidiano das práticas dos/as profissionais e

no fluxo do próprio serviço, a atenção às mulheres fica, muitas vezes, restrita aos/às profissionais ligados/as diretamente à equipe de referência. Uma pesquisa, realizada pelo SOS Corpo em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), em 2005, com a USP, já apontava isto.

Um ponto crítico fundamental e premente é o baixo número de atendimentos nos serviços de atenção, especialmente relacionado à realização do aborto previsto em Lei. São pouquíssimas as mulheres que chegam e são atendidas nos serviços, em um contexto de grande magnitude da violência. Mesmo no Recife, que possui uma rede mais estruturada, o número de atendimento é muito baixo. A que isto se deve? Para responder a esta pergunta é preciso refletir sobre as razões que estão fora do serviço: as dificuldades em encontrar apoio na família para buscar atendimento, a dependência econômica, assim como no âmbito da política de prevenção e atendimento às mulheres, a divulgação do serviço, as estratégias de articulação em rede e no campo da própria saúde.

A resposta a esta questão não está dada ou clara para a gestão, pois falta uma estratégia de avaliação e monitoramento. O monitoramento é outro ponto de estrangulamento: como vem sendo feito? Como se deve fazer? É necessário avaliar a estruturação do serviço, a apropriação coletiva do dever pela equipe, os nós da peregrinação ou da rota crítica das mulheres e seus avanços, a identificação dos estrangulamentos ou entraves ou nós da rede, o impacto da sensibilização e da capacitação (que, em todas as experiências, parece ser vista como a estratégia por excelência para o sucesso da implementação do serviço).

A segunda grande questão diz respeito às lacunas existentes nos três Estados e se relaciona com as lacunas teórico-políticas apontadas nas mesas anteriores e suas consequências práticas. A primeira

delas se refere à falta de compreensão sobre a diversidade de contextos da violência contra as mulheres. Os problemas no atendimento nos levam a refletir sobre como garantir o atendimento e o direito das mulheres, no entanto Hilda não nos deixou esquecer o que havíamos discutido antes: estamos falando apenas de parte das mulheres em situação de violência, as urbanas. Estamos pensando a violência sexual no contexto urbano, e, mais precisamente ainda, no das grandes capitais. E, mesmo nestes espaços, podemos perguntar até que ponto consideramos a distinção entre os bairros, por exemplo, assim como as desigualdades entre negras e pobres; entre jovens e idosas. Sabemos o perfil das (poucas) mulheres que atendemos. Sabemos quem são as que pretendemos atingir?

O peso da vontade política como fator impulsionador mostra, por um lado, a necessidade de governos efetivamente comprometidos com os direitos das mulheres e, por contradição, como este tipo de serviço pode sucumbir às mudanças de Governo. Neste ponto, mais uma vez, aparece a questão da institucionalização, desta vez como política de Estado.

Das exposições ficam algumas questões políticas para o movimento diante das dificuldades observadas no cotidiano dos serviços e nos contextos em que vivemos. O contexto de ofensiva patriarcal organizada, em várias frentes, contra o direito à autodeterminação reprodutiva das mulheres, contra o aborto, nos atinge em cheio. A normatização geralmente é ameaçada, como bem foi apontado aqui. Vivemos um contexto difícil que exige articulação política e soma de esforços entre os movimentos de mulheres, profissionais de saúde e gestoras. Basta lembrar que desta aliança surgiram os serviços de aborto legal. Precisamos ampliar nosso olhar para o contexto político, para o avanço das forças conservadoras e a forma como nos atinge.

Até hoje, ao pautar a violência como questão de saúde pública, o movimento feminista tem colocado que sem saúde das mulheres não há SUS: não há universalidade de fato nem integralidade. Por outro lado, sem o sistema público não há saúde para as mulheres. A defesa do Sistema Único de Saúde é imprescindível para garantir os direitos das mulheres. Uma questão não respondida, mas que não pode seguir como uma “pergunta calada”, foi a lançada por Beth, sobre a aprovação da Lei (à revelia da aprovação pelo Conselho de Saúde, diga-se de passagem) que institui as Fundações Estatais de Direito Privado no estado de Pernambuco. Trata-se de uma ameaça à saúde pública, porque se trata de sua privatização e da precarização das relações de trabalho. Por tudo isto, entender o contexto político atual, do SUS e das lutas históricas do feminismo neste campo, nos torna mais fortes, menos solitárias, além de ser um caminho para melhorar o atendimento às mulheres vítimas de violência.

Debate

Comentários da platéia

Questão 01 – Quando eu comecei no Fórum de Mulheres, não pegava em uma bandeira que falasse sobre aborto. Como poderia, se eu era evangélica? Então, foi preciso algum tempo para que eu pudesse conversar com conhecidos sobre o aborto como uma questão de saúde pública. Religião é um remédio individual e não um remédio coletivo. A solução que vejo é colocar nos concursos públicos temas como violência contra a mulher, aborto e Constituição Federal. Outro ponto que devemos ficar atentas é aos partidos políticos que estão se registrando como religiosos. Se assim o fazem, têm direito a uma verba de fundo partidário. Se o Estado é laico, como isto pode ser possível?

Questão 02 – Foi feito um questionamento sobre os motivos da dificuldade de um/a profissional de saúde receitar a contracepção de emergência ou atuar diante de uma situação de violência. Fui, então, enquanto profissional de saúde listando algumas respostas, como: a sobrecarga dos/as

profissionais, o desconhecimento, a busca freqüente das mulheres pela contracepção de emergência e também a falta dos contraceptivos. Depois eu parei e pensei: antes de profissional, eu sou mulher e será que eu já me identifiquei como vítima, principalmente na minha casa? Se eu ainda não identifiquei em mim ou não quis assumir, como posso identificar em outras mulheres que elas estão sendo vítimas de violência? Nós somos privilegiadas por estarmos neste seminário, porque os cursos e capacitações de que participamos não tem possibilitado esta reflexão.

Questão 03 – O SUS e o foco sobre a atenção primária são atitudes novas e estão muito centradas nos/as médicos/as. É preciso avaliar como estão sendo formadas as equipes dos PSFs, as quais estão mais próximas das mulheres e de suas famílias. Vamos descentralizar essas formações dos/as médicos/as e trabalhar com os/as outros/as integrantes da equipe, invertendo essa relação de poder. Os/as alunos/as de medicina também devem receber uma atenção especial.

Questão 04 – Em Camaragibe, um posto atende 1.600 famílias e os/as agentes é que levam o trabalho nas costas, de levar as mulheres até o serviço de saúde. Eu gostaria de saber o que se pode fazer com relação a esta falta de profissionais.

Questão 05 – Só queria fazer alguns esclarecimentos, em Natal, a atenção básica é dividida em ciclos de vida e a questão da violência é um núcleo. Na Secretaria Municipal de Saúde, a violência é tratada como um problema de saúde pública e a gestão está aprimorando o serviço. Temos um Centro

de Referência, ligado à Secretaria de Assistência Social e dois hospitais responsáveis por fazer todo o atendimento médico necessário para as vítimas.

Questão 06 – Gostaria de agradecer, em nome da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, ao SOS Corpo por este momento de troca de experiências. Todos os recursos nacionais acessados na Paraíba voltados à temática aconteceram pela prefeitura de João Pessoa. O Estado só tem trabalhado a partir da pressão do movimento de mulheres e da coordenadoria e não por iniciativa própria. Existem as idas e vindas, bem lembradas por Gilberta Soares, mas agora há um diferencial, que é a realização das pesquisas e a mudança na estrutura do atendimento. Saímos daqui com uma agenda de compromissos assumidos.

Questão 07 – Sou trabalhadora rural e, por isso, defendo a nossa inclusão nas diversas discussões que o movimento faz. Se é difícil o acesso das mulheres do meio urbano aos serviços, na área rural é muito mais complicado, por isso, precisamos ver como vamos trabalhar para facilitar esta chegada à rede e para melhorar a auto-estima delas, incentivando-as a denunciar.

Questão 08 – Eu já passei por todas as situações de violência que vocês possam imaginar e, por isso, sempre busco uma maneira, como agente de saúde e como mulher, de ajudar àquelas que estão precisando de ajuda. A imagem que tenho da comunidade em que moro é a mesma das hienas, no filme O Rei Leão. Ficamos esquecidas, mas quando o

político quer ou precisa de votos, ele chega lá. Outros/as são pesquisadores/as, nos estudam e dizem o que devemos fazer, mas não nos escutam. No serviço de saúde também já fui mal atendida. Hoje, estou do outro lado do balcão e vejo que falta um pouco de boa vontade e conhecimento.

Questão 09 – Um esforço que devemos fazer é o de olhar as coisas em perspectiva. Há sempre uma notícia boa e uma notícia má. A notícia boa é que vemos os avanços. Se tivéssemos feito esse seminário há 10 anos, teríamos muitas proposições, mas nenhuma iniciativa para colocar isso em prática. Em diferentes graus, vemos que há muita coisa sendo feita nos três municípios. A notícia ruim é que ainda são muitas as lacunas, as áreas obscuras para que possamos de fato dar assistência às mulheres em situação de violência nos serviços de saúde.

Daqui, vou tocar em algumas ausências que me chamaram a atenção. A primeira são as deficiências da rede e dos serviços no Recife. Estamos sem casa-abrigo há quase dois anos, mas ela apareceu como parte da política municipal. Além disso, não temos acesso aos números da violência, nem no que se refere aos atendimentos na rede nem àqueles produzidos pela notificação compulsória. Uma outra questão, que diz respeito aos três estados, é que, em função dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, obscurecemos os outros tipos de violência. Como estão os atendimentos e encaminhamentos das vítimas de violência física?

Um outro dado alarmante é o da maternidade do Ibura, no Recife, que realizou oito atendimentos em um ano e

nove no outro. Só como um exemplo, diria que o SOS Corpo, que não faz esse tipo de atendimento, mas é muito procurado para informações e encaminhamento, recebe a cada ano uma demanda bem maior do que esta.

A fala de Miriam também revela uma outra inquietação, que diz respeito à fragmentação do movimento na área da saúde, com a fragilização da voz dos movimentos sociais, no sentido da crítica, do monitoramento e da proposição de políticas públicas na área da saúde e, claro, isso provoca um rebatimento na qualidade da nossa participação nas instâncias de controle social.

Questão 10 – Só queria responder a Ana Paula: a Casa-abrigo será inaugurada em setembro e não foram dois anos que ficou fechada, foi um ano e meio, pois precisavam de um lugar seguro, grande e que não tivesse prédio do lado e isto é difícil de encontrar no Recife.

Questão 11 – Precisamos de ações mais coordenadas, principalmente na área dos direitos sexuais e reprodutivos, para que estes assuntos comesçassem a ser trabalhados nas escolas. Os conselhos de direitos da mulher seriam os espaços para propor estas ações coordenadas. Paralelamente, é necessário ficar alerta com a imposição de determinadas práticas religiosas já no cotidiano das escolas públicas, como as orações obrigatórias antes das aulas e outras. Isto está acontecendo no Distrito Federal e tem rebatimento na saúde pública. A polêmica em torno da contracepção de

emergência se origina na informação errada, propagada por religiosos/as de que a pílula do dia seguinte é abortiva. Uma mentira. A contracepção impede o óvulo de ser fecundado.

A nossa tarefa no controle social é cobrar do governo para que use seu espaço de propaganda não apenas para as campanhas de vacinação, mas para divulgar os serviços de atenção às mulheres. E também para impedir que um/a legislador/a aprove leis como estas das escolas.

Comentários das conferencistas

Sandra Valongueiro

O princípio biomédico afirma que o/a paciente chega ao serviço com uma queixa, com sinais e com sintomas. Se o/a profissional não usa todos os seus sentidos na atenção à mulher, é difícil fazer o diagnóstico. Um breve caso atesta isto. Certa vez, uma criança vítima de agressões chegou a uma unidade com dores na perna e o ortopedista identificou fraturas em um ponto não comum para aquele tipo de lesão. Ela estava acompanhada por outra pessoa que, ao sair, o profissional viu que mancava da mesma perna. Coletando informações, o médico descobriu que a menina era vítima da acompanhante que a agredia pelo fato de ser obrigada a cuidar dela.

Notificar é transformar em dado público algo que é do âmbito privado. O/a profissional precisa estar preparado para fazer esta escuta, perceber os sinais, para fazer o encaminhamento da vítima.

Com relação ao papel do/a médico/a, não adianta excluí-lo/a caso não queira participar de um processo de formação. Ele/a precisa participar desde a formação do profissional, ainda na universidade. Não podemos desistir dele/a, afinal, ainda que seu papel não seja o esperado, ele/a faz parte da equipe.

Verônica Ferreira

Apesar de termos avançado muito, falta pensar na estruturação das redes e no reconhecimento das diversas formas de violência, não apenas a sexual, pelo serviço público de saúde. Para tal, nos fica o desafio de atuar para superar a precariedade da rede de serviços e o modo como está sendo construída, mesmo nos municípios em que já houve grandes avanços. A situação da casa-abrigo do Recife ilustra como a questão é tomada como política pública e de Estado, sobretudo. A estrutura é sublocada, muitos/as profissionais não são concursados, a política não está assegurada por lei, o que faz com que o serviço possa ser extinto caso haja uma mudança de governo. Se temos esse quadro, somado à rotatividade dos/as profissionais pela precarização das relações de trabalho, dificilmente vamos conseguir institucionalizar o atendimento às vítimas de violência na saúde.

A educação, a sensibilização, foi apontada como uma estratégia importante para fortalecer as mulheres, combater os preconceitos e os valores que vão contra ao enfrentamento da violência. Mas também não é tudo. A dependência econômica é algo que pesa para as mulheres saírem da situação de violência. Então, precisamos de políticas públicas voltadas para isto e de políticas de segurança pública também.

Muito se falou da capacitação dos/as profissionais, mas a médio e curto prazo precisamos de estratégias para garantir o atendimento a mulher e seus direitos. Esta é uma demanda urgente.

Walquíria Ferreira

Enquanto profissional de saúde sinto a necessidade da prática cotidiana voltada para a reorientação profissional da equipe. Com relação à questão colocada acerca da capacitação dos/as médicos/as, eu entendi o que foi colocado pela colega, mas acontece que, se este/a profissional não estiver sensibilizado/a, não conseguiremos sua participação no momento em que ele/a é fundamental, que é na realização do aborto previsto em lei. Sem a participação do/a médico/a não atenderemos as mulheres em todas as suas necessidades.

Edição	SOS CORPO
Tipo principal	Chaparral 11,5
Papel	Reciclato 75 g/m ² (miolo) Reciclato 240g/m ² (capa)
Número de páginas	148
Tiragem	1.000 exemplares
Impressão	Provisual
Finalização	Outubro de 2008