



JORNAL DA
redesaúde

N.º 19 - novembro 1999

Informativo da Rede Nacional Feminista
de Saúde e Direitos Reprodutivos

**Violência de
Gênero e Saúde**

**25 de Novembro:
Dia Internacional da
Não-Violência Contra
as Mulheres**

**Encarte:
Protocolo de
Atendimento à
Mulher em Situação
de Violência**

Inteiramente dedicada ao debate sobre a violência contra a mulher como questão de saúde, esta edição do Jornal da Rede é mais uma contribuição da RedeSaúde para a Campanha "Pelo Direito de Viver Sem Violência", que o movimento de mulheres celebra anualmente em 25 de Novembro, Dia Internacional da Não-Violência Contra as Mulheres.

Neste número especial do Jornal da Rede, Ana Flávia d'Oliveira e Lília Blima Schraiber discutem a importância da capacitação de profissionais de saúde para o atendimento à mulher em situação de violência. Já o artigo de Alejandra Rotania traz uma reflexão ética sobre a violência que se encontra camuflada em algumas ações de saúde que buscam "fazer o Bem", enquanto Wilza Villela fala da violência psicológica presente nas relações amorosas.

O atendimento às mulheres que passam por situações de violência é discutido no artigo de Benilda Paiva sobre as casas-abrigos e nas entrevistas com Paula Francisquetti, do Ambulatório do Coletivo Feminista, e Maria Amélia Teles, que

Capa: Manabu Mabe, Abstrato, 1979

fala sobre o processo de implantação do serviço de atendimento a casos de violência doméstica, no Hospital Pólya Byington, em São Paulo.

Os debates ocorridos no Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar", realizado em Santos, em junho deste ano, estão relatados no artigo de Alzira Rufino.

O texto de Fátima Oliveira levanta algumas questões sobre a Campanha "Uma Vida Sem Violência É um Direito Nosso", promovida pela ONU, e relata o processo de elaboração do Protocolo "considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde", encartado nesta edição do Jornal da Rede.



SUMÁRIO

3 e 4	Violência de Gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais <i>Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lília Blima Schraiber</i>	10 a 12	A Violência Contra a Mulher É uma Questão de Saúde Pública <i>Fátima Oliveira</i>	17 a 19	Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar" <i>Alzira Rufino</i>
5 a 7	Abrindo Flancos <i>entrevista com Maria Amélia de Almeida Teles</i>	13 e 14	Casas-Abrigos: um espaço de apoio e de solidariedade versus uma visão assistencialista <i>Benilda Regina Paiva de Brito</i>	20 e 21	Este Amor me Enlouquece... <i>Wilza Villela</i>
8 e 9	Em Nome do Bem <i>Alejandra Ana Rotania</i>	15 e 16	A Escuta da Dor <i>entrevista com Paula Patricia Francisquetti</i>	22	II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde
				23	Em Pauta

Encarte: Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência

jornal da redesaúde

Nº 19 - novembro de 1999
Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Conselho Editorial
Alejandra Ana Rotania/RJ
Dayse Reis/PE
Enid Backes/RS
Fátima Oliveira/MG
Guacira Cesar de Oliveira/DF
Jacira Melo/SP
M. Liège Santos Rocha/SP
Maria José de Oliveira Araújo/SP
Nilde Sousa/PA

Secretária Executiva
Maria José de Oliveira Araújo

Coordenação Editorial
Jacira Melo

Editora
Marisa Sanematsu

Secretaria
Eugenia Lisboa Homem

Colaboraram neste número
Ana Flávia P. Lucas d'Oliveira
Lília Blima Schraiber
Fernanda Pompeu
Maria Amélia de Almeida Teles
Alejandra Ana Rotania
Fátima Oliveira
Benilda Regina Paiva de Brito
Paula Patricia Francisquetti
Alzira Rufino
Wilza Villela
Márcia Laranjeira
Mônica Fontana

Projeto Gráfico e Arte
Paulo Batista

Fotolito
Input

Impressão
Hamburg Gráfica e Editora

Apoio
Fundação Ford
FNUAP

Correspondência
Secretaria Executiva da RedeSaúde
Rua Bartolomeu Zunega, 44
05426-020, São Paulo/SP, Brasil
tel.: (11) 813.9767
fax: (11) 813.8578
e-mail: redesaude@uol.com.br

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

O que é a RedeSaúde?

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil. Fundada em 1991, reúne atualmente 160 grupos feministas e pesquisadoras que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. Composta por sete Regionais - organizadas nos estados de PA, RS, PE, MG, SP, RJ e no DF -, a atuação da RedeSaúde fundamenta-se em três eixos principais:

- a conceituação dos direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos;
- a retomada do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como referência para a otimização dos serviços;
- a luta pela saúde, pelos direitos sexuais e reprodutivos e pelo direito de decidir sobre a realização ou não de um aborto.

Violência de Gênero como uma Questão de Saúde: a importância da formação de profissionais

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lília Blima Schraiber*

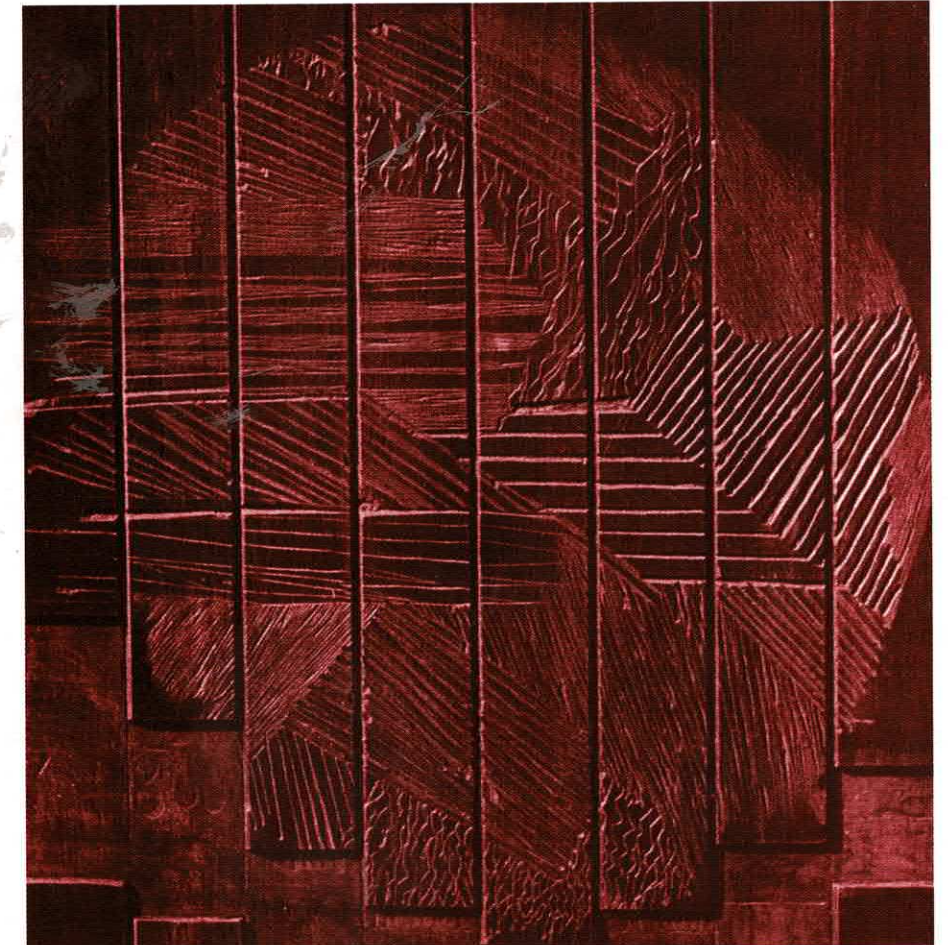
Maria Bonomi

Nos últimos 10 anos, o problema da violência contra a mulher vem sendo remetido à área da saúde pública, tanto pelo movimento feminista como por associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, como OMS (Organização Mundial da Saúde) e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). Este direcionamento está embasado na constatação crescente de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além do trauma físico direto, e também a um uso mais frequente dos serviços de saúde.

Se traz um grande aumento de legitimidade para a questão da violência, a introdução desse tema na saúde também encerra novos dilemas, decorrentes das consequências práticas do que chamamos de medicalização. Nesta, ocorre a tendência de tratarmos apenas do ponto de vista biomédico, isto é, como doença ou risco de se adoecer, uma situação que está localizada nas relações interpessoais e, acreditamos, associada às desigualdades de gênero, de que decorrem conflitos e rupturas de relacionamento, chegando-se ao extremo da violência física, psicológica e/ou sexual.

Os serviços de saúde estão habituados a trabalhar com patologias detectáveis no corpo biológico das/os usuárias/os, tratando-as. Assim, em um caso de violência, uma eventual fratura poderá ser percebida e trabalhada, através da imobilização. Já a situação de violência associada não é, via de regra, tematizada pelos serviços, já que não se inscreve no corpo, mas sim na vida social e relacional, e as/os profissionais carecem de meios de ação sobre este plano.

Mas se há o risco dessa medicalização, com redução do problema apenas às con-



profissionais da saúde tendem a compreender a violência doméstica e sexual como problemática que não diz respeito à assistência médica ou médico-sanitária, mas sim à esfera da segurança pública e à justiça

seqüências dos atos violentos, existe já, por outro lado, uma resistência em acolhê-lo como pertencente à saúde, no interior do

sistema de assistência médica e sanitária. Neste artigo, trataremos desta resistência e sobre como lidar com ela na formação e/ou capacitações de profissionais que lidam, ou podem vir a lidar, com mulheres em situação de violência.

Uma primeira questão a enfrentar diz respeito à impossibilidade diagnóstica do problema da violência doméstica e sexual: o que surge pela porta de entrada dos serviços de saúde, em geral produto da violência experimentada, expressa-se em demandas acerca do adoecimento, ocultando-se como situação de violência. Por isso,

indagar-se por este “diagnóstico” ou colocá-lo como possibilidade na assistência prestada no interior dos serviços de saúde não faz parte da formação profissional do pessoal da saúde, nem tampouco parecerá claramente necessária uma capacitação em tal direção. Ao contrário, as/os profissionais da saúde tendem a compreender a violência doméstica e sexual como problemática que não diz respeito à assistência médica ou médico-sanitária, mas sim à esfera da segurança pública e à justiça, devendo pois ser reconhecida e enfrentada nas delegacias ou no sistema judiciário. Assim, demonstrar a pertinência de torná-la visível também para a saúde, como parte de uma ação intersetorial, será sempre uma primeira tarefa da capacitação de profissionais para trabalhar com mulheres em situação de violência.

Violência como questão de gênero

Uma segunda questão para a capacitação diz respeito à violência doméstica e sexual como questão de gênero. Neste caso, trata-se de mostrar a inflexão de um problema vivido no mundo privado como questão que pode ter assistência fora do mundo privado, pode ser alvo da saúde pública e de práticas de intervenção e prevenção. A saúde, setor cuja intervenção sempre tratou de questões do sujeito privado traduzidas em objeto da ação profissional, possui uma grande experiência no trato desta inflexão, ainda que não necessariamente sob uma perspectiva de gênero.

Um último ponto geral a considerar está nas questões da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, remetendo a capacitação dos profissionais para a questão da integralidade – integração das ações policiais, médicas, psicossociais e jurídicas e integração também das diversas atividades assistenciais que podem ser realizadas no âmbito interno ao setor saúde, da atenção médica à psicológica ou de enfermagem, na modalidade de um trabalho em equipe multiprofissional. Além disto, é importante o tratamento da própria competência dos serviços de saúde em lidar/aco-

lher e responder ao problema, discutindo-se aí a violência das próprias instituições quando, incapazes de lidar com a situação de violência como parte das necessidades em saúde, terminam por responder de forma violenta na desqualificação dos casos e das demandas. A violência institucional configura-se também, portanto, como temática fundamental a ser desenvolvida nas capacitações.

Cursos de capacitação para profissionais de saúde

Estas reflexões decorrem de nossa experiência, desde 1995, na realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde acerca de violência de gênero, tendo já formado mais de 150 pessoas desde então. Esses cursos foram realizados pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de

A violência institucional configura-se também como temática fundamental a ser desenvolvida nas capacitações

São Paulo, em parceria com uma ONG, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, e financiados pela Fundação Ford.

O programa destas capacitações tem passado pelos três marcos de referência apontados acima: questões implicadas no diagnóstico e definição da interface violência e saúde; a noção de gênero e suas repercussões na compreensão da violência doméstica e sexual contra mulheres; os serviços de saúde e sua organização, para acolher e responder à violência como questão da qualidade de vida das mulheres e sua saúde. De outro lado, além da abordagem teórico-conceitual dessas temáticas, as capacitações têm trazido aspectos de adestramentos práticos que também percorrem essas mesmas temáticas. Atualmente, está em curso uma modalidade “avançada” des-

se curso, para alunas/os já capacitadas/os e que necessitam de maior aprofundamento.

Fórum de profissionais sobre violência

A partir de 1999, iniciamos um novo trabalho na área de capacitação de pessoal, para a introdução do tema na área de saúde, desta vez como parte de uma bolsa da Fundação MacArthur. Trata-se de encontros regulares de um fórum de profissionais que trabalham em serviços de saúde, escolas, serviços particulares e universitários da zona oeste da cidade de São Paulo. Participam dessa iniciativa, até o momento, 66 pessoas, representando 33 instituições da região. As/os participantes foram indicadas/os pelas direções dos serviços, que se comprometeram a incorporar as conclusões do grupo ao trabalho de seus serviços. A participação das/os profissionais na elaboração e implantação das propostas é o ponto a ser destacado nesta iniciativa, já que nos parece uma forma de trabalhar as resistências aqui apontadas. Ressalte-se o caráter inovador deste “Fórum” tanto porque as/os alunas/os representam instituições, quanto pela dinâmica de ensino/aprendizagem, pautada necessariamente nos problemas do cotidiano dos serviços e flexível: o Fórum não trabalha com aulas formais, mas encontros baseados em problemas que se desdobram em implantação das propostas surgidas nas discussões, além de supervisão e avaliação conjunta e permanente de seus resultados.

* Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira é doutoranda em Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e bolsista da Fundação MacArthur. E-mail: afolive@usp.br

Lilia Blima Schraiber é professora livre-docente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: liliabli@usp.br

Abrindo Flancos

Entrevista com Maria Amélia de Almeida Teles

Camille Claudel

A União de Mulheres está desenvolvendo no Hospital da Mulher Pérola Byington, em São Paulo, o projeto “Implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica”. Em uma primeira etapa, o projeto procurou conhecer a dinâmica de funcionamento do hospital e sensibilizar funcionárias/os e diretoria para o reconhecimento da violência doméstica como um problema de saúde pública. A segunda etapa está acontecendo agora, com a efetiva implementação do serviço.

A nossa entrevistada é Maria Amélia de Almeida Teles, a Amelinha, integrante da equipe da União de Mulheres de São Paulo, que desenvolve este trabalho fundamental, que ousa postular a violência doméstica como uma questão, também, de saúde pública.

Fernanda Pompeu

JR – Por que trabalhar com violência doméstica sob a ótica da saúde pública?

Amelinha – Atualmente as políticas públicas em relação à violência doméstica se concentram em criminalizar essa violência. O que é necessário, mas não é tudo. Primeiro, porque a criminalização não se dá efetivamente, pois a maioria dos casos denunciados se mantém impune. Segundo, porque o problema da mulher em situação de violência extrapola a esfera policial; na verdade, essa mulher precisa de um espaço para ser ouvida, para trabalhar sua auto-estima. Em suma, ela necessita de apoio até para poder tomar as decisões que, sabemos, não são nada fáceis. Esse espaço não existe nos serviços oferecidos pelo Estado.



JR – *Trabalhar a violência doméstica dentro de um hospital da mulher conjuga a ideia de diversificar os serviços para mulher em situação de violência?*

Amelinha – Exato. A União de Mulheres foi buscar novas portas do serviço público. Há algum tempo, as feministas vêm discutindo que os equipamentos de saúde pública podem e devem ser espaços privilegiados para atender as mulheres em situação de violência. Por exemplo, o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) só pode ser, de fato, integral quando der ênfase à questão da violência contra a mulher.

JR – *Ou seja, o interesse é ampliar as formas de combate à violência doméstica?*

Amelinha – Colocar o combate como ações de política pública. A luta contra a violência doméstica deve acontecer em todas as áreas, não só na policial e jurídica, mas nas áreas da educação, cultura, mídia e na saúde pública também.



Camille Claudel

o pessoal do hospital morria de medo de a mulher chegar lá toda quebrada ou com lesão cerebral

Pérola não tinha ortopedia, nem neurologia. Então fizemos uma pesquisa nas delegacias da mulher e mostramos o seguinte: a maioria dos casos de violência contra a mulher resulta em ferimentos de “natureza leve”. As que têm as cabeças quebradas não chegam no Pérola, elas dão entrada nos prontos-socorros. Portanto, a maioria das mulheres que entram no Pérola apresentam lesões físicas de natureza leve, porque as psíquicas não dá para medir apenas olhando. Conseguimos afastar este primeiro medo da equipe do hospital.

JR – *E o segundo medo?*

Amelinha – O segundo obstáculo não era exatamente um medo, mas a dificuldade de entender a proposta de traba-

JR – *Por que vocês escolheram o Hospital Pérola Byington, em São Paulo, para implantar um serviço de atendimento aos casos de violência doméstica? E como foi a recepção ao projeto?*

Amelinha – Por ser o Pérola Byington um Hospital da Mulher e, quando começamos o projeto, em 1994, o Pérola era uma das poucas instituições no país que trabalhavam o PAISM. Sobre a receptividade, no princípio foi um choque. Primeiro, porque o pessoal morria de medo de a mulher chegar lá toda quebrada ou com lesão cerebral, alegavam que o

O perfil da usuária

Na primeira etapa do projeto de implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no Hospital Pérola Byington foi realizado levantamento para definir o perfil da usuária do hospital: de um total de 164 mulheres, 50% tinham idades variando entre 31 e 50 anos, 55% eram ca-

sadas, quase 80% possuíam 1 ou mais filhas/os, sendo que 51% declaravam-se donas de casa, enquanto as demais trabalhavam fora, estavam desempregadas ou eram aposentadas. A maioria das mulheres era branca e nenhuma se manifestou como sendo lésbica.

Fonte: “Violência Doméstica É Uma Questão de Saúde Pública”, caderno publicado pela União de Mulheres de São Paulo, em junho de 1999.

lhar a violência doméstica dentro do hospital. No modelo hospitalar, a/o médica/o é a figura central, ela/e foi preparada/o para ser onipotente do ponto de vista do tratamento. Ocorre que o “problema” de uma mulher em situação de violência doméstica não é “resolvido” com comprimidos, não é como um corrimento que o médico resolve com um antibiótico. A situação de violência doméstica, muitas vezes, é crônica. E junta-se a isso a tradicional ideia de que a violência contra a mulher resolve-se na delegacia. Nesse momento nós dizíamos: as delegacias da mulher não existiam até poucos anos, fomos as feministas que lutamos por elas, e elas se tornaram visíveis. Vamos então tornar também visível um serviço de atendimento aos casos de violência doméstica contra a mulher dentro dos serviços de saúde.

JR – *E frente a essas resistências, como vocês continuaram o trabalho?*

Amelinha – Mudamos algumas estratégias. Resolvemos registrar as falas e queixas das mulheres em relação à violência doméstica. E o que impressionou muito é que as mulheres fazem uma relação direta entre a situação de violência e a saúde delas. Organizamos e mostramos as falas para a direção do hospital, com o objetivo de demonstrar que não estávamos delirando, que a nossa proposta era viável.

as mulheres fazem uma relação direta entre a situação de violência e a saúde delas

JR – *E agora?*

Amelinha – A nossa meta é colocar na rotina do Pérola Byington, no prontuário, na ficha da anamnese, um item sobre violência contra a mulher. Nosso raciocínio é o seguinte: ao incluir a pergunta, o profissional é obrigado a ouvir a resposta. E, com o tempo, esse registro será de grande valia para os estudos e as pesquisas. Além disso, o pessoal do hospital fará uma associação mais objetiva entre a saúde da mulher e a violência que ela sofre. Agora, para chegar a isso é necessário fazer e garantir o treinamento de todos os que trabalham no Pérola.

JR – *E como é esse treinamento?*

Amelinha – Foi criada uma Comissão de Implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no Pérola, da qual fazem parte todas as chefias. A primeira tarefa dessa comissão é a sensibilização do pessoal para a questão. A ideia é trabalhar com todos os níveis, do guarda

Com pequenas alterações em sua rotina de atendimento, um hospital pode também atender os casos de violência doméstica.

Sugestões:

- Incluir em todas as rotinas de atendimento a pergunta: “já sofreu ou está sofrendo violência doméstica?”, com registro da resposta.
- Criar condições para ouvir essa mulher.
- Encaminhar para os serviços do próprio hospital, por exemplo: serviço social, assistência psicológica, educação em saúde, ou clínicas.
- Encaminhar para serviços da comunidade: centro de orientação jurídica e encaminhamento da mulher, delegacias da mulher, procuradoria de assistência judiciária e ONGs em geral.
- Sensibilização e capacitação de todos os funcionários do hospital, independentemente da área em que atuem.

Fonte: “Violência Doméstica É Uma Questão de Saúde Pública”, caderno publicado pela União de Mulheres de São Paulo, em junho de 1999.

Foi criada uma Comissão de Implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no Pérola, da qual fazem parte todas as chefias

da porta à diretoria. Fazemos reuniões, nas quais discutimos violências doméstica e sexual, questões de gênero, movimento feminista e por aí vai. Neste momento estamos trabalhando com 250 funcionários do setor administrativo.

Mais informações sobre o projeto “Implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no Hospital Pérola Byington”:

União de Mulheres de São Paulo

tel.: (11) 3106.2367

fax: (11) 284.2862

e-mail: uniaomulher@ax.ibase.org.br

Em Nome do Bem

Alejandra Ana Rotania*

No campo da saúde humana e do progresso científico e técnico, todas as ações são realizadas em nome do Bem. Todavia, incorpora-se a este campo o termo "violência", algo que, à primeira vista, parece uma relação intrinsecamente perversa. Infelizmente, várias são as formas de violência que se associam a este Bem, variadas suas fontes, suas naturezas, seus desdobramentos. Algumas destas formas são reconhecidas, nominadas, denunciadas e combatidas por diversos segmentos sociais. Mas há algo a mais, cuja natureza é de difícil determinação ou, pelo menos, admissão. Estas reflexões orientam-se no sentido de desenhar uma violência "inominada".

No universo da saúde, observam-se processos, serviços, procedimentos, relações, demandas, produtos, resultados, modelos, fatos da ação biomédica moderna cuja análise permite que aspectos inusitados venham à tona. Podem ser citados como exemplos os tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos para a supressão da menstruação em mulheres saudáveis. Recomendam-se (e aceitam-se) procedimentos tais como histerectomia (retirada do útero), ooforectomia (retirada dos ovários) com ou sem remoção das trompas, ressecção do endométrio, utilização contínua de anticoncepcionais orais, vaginais, injetáveis, antidepressivos, entre outros, para evitar ou suprimir a menstruação em mulheres saudáveis, procedimentos estes já utilizados e divulgados nos meios de comunicação (rádio, televisão e revistas femininas populares).

Histerectomias e ooforectomias reconhecidas desnecessárias são indicadas como conseqüência de procedimentos biomédicos anteriores em intervenções diversas no ciclo vital das mulheres. Laqueaduras compulsórias e reconstituições

tubárias arriscadas vão sendo banalizadas, bem como a trágica imposição do padrão da cesariana como modo moderno e correto de parir e de nascer.

Laqueaduras compulsórias e reconstituições tubárias arriscadas vão sendo banalizadas

As inestimáveis intervenções da reprodução assistida de ponta, que manipula corpos, funções e componentes celulares de mulheres e homens (mais de mulheres do que de homens, e isto o feminismo explica), presentes e futuros, avançam em crescente e descontrolada espiral. Perspectivas inéditas, tais como a gestação masculina e a clonagem humana, podem vir a ser acrescentadas aos benefícios na área da saúde. As tecnologias genéticas embrionárias articulam-se aos procedimentos da reprodução artificial para garantir controle de doenças e anomalias.

Estes fatos – alguns poucos e restritos no inestimável leque das ações modernas de saúde –, curiosamente, digamos, não estão referidos propriamente à "cura de doenças", mas à "necessidade" de corrigir disfunções, administrá-las, dar assistência, buscando o benefício humano. E é aqui que cabem algumas indagações que apontam para os valores. Deixar de menstruar – menstruar é um modo "doente" de ser do corpo feminino? – ou dar à luz através de um ato cirúrgico desnecessário é saudável para as mulheres? Parir naturalmente é um aspecto "primitivo" e "inapropriado" da condição humana da fêmea moderna? As mutilações dos corpos, para administrar

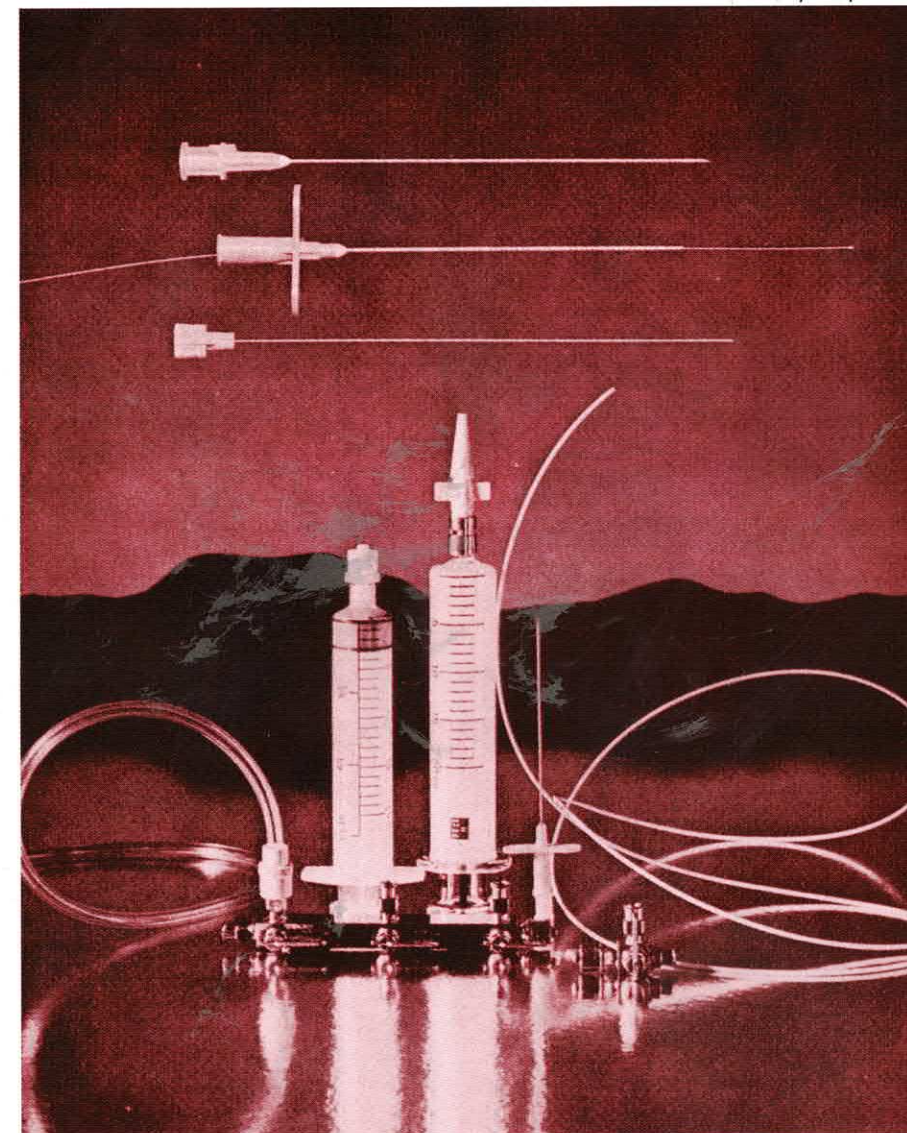
funções complexas e dramas intrínsecos da natureza humana, são procedimentos em prol da saúde? A implosão dos horizontes internos dos corpos biologicamente diferenciados – gestação masculina – chegará a ser uma "ação de saúde", ou seja, um Bem? Haveria algum tipo de violência nisto?

Toda e qualquer justificativa de um ato no campo da saúde refere-se à busca de um Bem. Mas, o que é exatamente este Bem? O Bem pode oferecer uma natureza ambígua, surpreendente e enganosa, quando o seu conteúdo não é explicitado. O significado da beneficência (aliás, um dos princípios básicos da Bioética, ou ética da vida) pode mudar de natureza, dependendo do cristal através da qual é olhada. O movimento de mulheres na área da saúde e direitos reprodutivos mantém uma permanente atitude de vigília sobre as variadas formas de violência de gênero desflagradas "em nome do Bem".

O movimento de mulheres na área da saúde e direitos reprodutivos mantém uma permanente atitude de vigília sobre as variadas formas de violência de gênero desflagradas "em nome do Bem"

Os fatos assinalados e as perspectivas progressivas que resultam da intervenção humana no campo da saúde ou da medicina científica contemporânea seriam em si uma violência inominada, insólita, ainda indizível? Não só a reconhecida violência estrutural nas relações sociais como um todo, porém algo maior, mais grave, desafiador e inédito. Talvez uma violação, uma

Jerry Sarapochiello



ofensa, uma profanação, uma alteração, uma vontade inominada de "torcer o sentido de", que provém do fato de se assumir uma determinada visão do ser humano, do seu entorno natural e do seu processo histórico e legitimá-la como a única verdadeira, clara e certa, mascarando conflitos, interesses e contradições.

Nominar este tipo de violência parece ser quase uma heresia no universo ético da saúde, heresia que atinge o princípio ou o pressuposto básico e inquestionável da beneficência e seu valor. Como alguém poderia pensar na possibilidade de uma violência aninhada nos valores do pensar e agir da saúde? Ou seja, como seria possível pensar na perspectiva da existência de um Mal

no sujeito e objeto do Bem? Tudo aquilo que, aparentemente, é orientado à cura, ao alívio, à assistência e ao benefício humano, na realidade, pode destruir, "profanar" ou ofender a própria identidade e dignidade humana de homens e mulheres?

É um desafio trágico, porém inadiável, indagar sobre a violência inominada dos valores que sustentam o que é oferecido como um Bem, sobre aquilo que transversaliza todas as ações de saúde. É complexo identificar os responsáveis e politizar a denúncia de questões aparentemente tão abstratas. Trata-se de um exercício ético-político cotidiano. Quais são os valores que norteiam as condutas de quem oferta e de quem demanda a supressão da menstrua-

ção, por exemplo, e quais os dos responsáveis pelos 98% de partos cesarianos no total de partos realizados na rede privada de um município? A mesma indagação vale para aqueles que acenam com a perspectiva de a clonagem humana ou a gravidez masculina vir a ser mais um direito a incorporar-se no campo das escolhas reprodutivas futuras.

Quais são os valores que norteiam as condutas de quem oferta e de quem demanda a supressão da menstruação?

Evidentemente, ao agir, transforma-se em ações, condutas e políticas uma imagem determinada do que seja a condição humana, a identidade de homens e mulheres e suas relações, a natureza e a cultura. Estas imagens e concepções sobre o Ser, isto é, sobre a vida como um todo, os corpos, a fertilidade, a sexualidade, as possibilidades e os limites humanos, a dor, a falta, os infindáveis aspectos do ser como um todo – resumindo, aquilo que somos e o que queremos e podemos e devemos ser –, devem ser explicitadas, de modo a evitar a distorção, a violência, as ofensas irremediáveis à própria identidade humana.

O universo de valores que explica e sustenta a intervenção e a interação dos diversos agentes no universo da saúde em nome do Bem deve ser dado à luz. É premente reconhecer e avaliar a existência de uma violência ético-valorativa-moral, analisar sua natureza e seu funcionamento, e torná-la visível e compreensível, criando assim os mecanismos necessários à sua superação.

* Alejandra Ana Rotania é mestre em Ciências Sociais (IUPERJ) e doutora em Ciências (COPPE/UF RJ), membro da diretoria do Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural – Ser Mulher, de Nova Friburgo/RJ, e coordenadora da Regional Rio de Janeiro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. E-mail: sermulher@neflash.com.br

A Violência Contra a Mulher É uma Questão de Saúde Pública

Fátima Oliveira*

A Organização das Nações Unidas (ONU) está desenvolvendo a campanha "Uma vida sem violência é um direito nosso", que objetiva dar maior visibilidade e elaborar políticas públicas de combate à violência intrafamiliar (sobre mulheres, crianças, idosos e portadores de deficiência).

Participe da campanha, o governo brasileiro, através da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, pretende construir um pacto de combate à violência intrafamiliar, cujas bases foram firmadas em 25 de novembro de 1998, data que há anos o movimento feminista em todo o mundo definiu como Dia Internacional da Não-Violência Contra as Mulheres.

Precisamos saber tirar mais proveitos da campanha da ONU do que o governo brasileiro parece disposto a conceder. Se para o governo a campanha se apresenta como mais uma jogada de *marketing* para promover sua imagem de "defensor dos direitos humanos" – cuja reputação, aliás, não é das melhores –, para nós, feministas, que sempre estivemos na trincheira da luta contra a violência e pelos direitos humanos, sobretudo pelo reconhecimento de que os direitos das mulheres são direitos humanos, a referida campanha tem um sentido muito particular.

Estamos diante de uma oportunidade singular de exigir que o governo materialize em políticas públicas inúmeros documentos internacionais dos quais é signatário e uma obriga-



Edith Behring

ção constitucional: o artigo 226, parágrafo 8º, que diz que cabe ao Estado a criação de mecanismos para coibir a violência no seio da família.

Erro, acerto e oportunidade

Um grave problema na campanha da ONU é ter dispersado a violência de gênero, em especial a violência doméstica, na violência intrafamiliar, desconhecendo assim um longo cami-

nho político e teórico percorrido pelo movimento feminista em todo o mundo. O mérito da campanha foi colocar na "ordem do dia" a discussão sobre as violações dos direitos humanos que se configuram como um abuso de poder sobre pessoas vulneráveis na relação familiar, como as mulheres, crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiências.

Um grave problema na campanha da ONU é ter dispersado a violência de gênero, em especial a violência doméstica, na violência intrafamiliar

Apesar dos problemas metodológicos, alguns equívocos políticos e teóricos, o movimento feminista brasileiro apóia a campanha e, ao mesmo tempo, procura dar maior visibilidade ao recorte e à perspectiva de gênero e incluir novos elementos para o debate em curso, que possam subsidiar a nossa luta por mais e melhores políticas públicas. Um ponto importante dentre os novos elementos é sensibilizar e exigir do governo, em todos os níveis, o reconhecimento que a violência doméstica, em seus aspectos de violência física, sexual e psicológica, é também um problema de saúde pública relevante pela magnitude do número de vítimas que faz, assim como pela soma astronômica de recursos que são despendidos na atenção a elas na saúde, na polícia, no judiciário e pelas repercussões econômicas que a violência doméstica tem no PIB das nações.

Sabe-se que profissionais de saúde sensibilizadas/os e bem treinadas/os são agentes fundamentais na quebra do "ciclo da violência". Já está passando da hora de o governo compreender a importância que os serviços de saúde podem ter no trato da vio-

Sabe-se que profissionais de saúde sensibilizadas/os e bem treinadas/os são agentes fundamentais na quebra do "ciclo da violência"

lência doméstica, pois são os serviços mais procurados pelas mulheres em situação de violência, em especial os prontos-socorros.

Esperamos que a campanha da ONU no Brasil possa incorporar os aportes políticos e teóricos do movimento feminista, favorecendo assim o reconhecimento da violência doméstica também como uma questão de saúde pública, tão bem explicitada no **Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde** (encartado nesta edição do *Jornal da Rede*).

O Protocolo

Partindo do entendimento de que a violência contra a mulher é também um problema de saúde pública, feministas, profissionais de saúde e outras trabalhadoras de serviços de apoio à mulher de Belo Horizonte, Minas Gerais, elaboraram o "Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde", que inicialmente será implantado no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens e no Pronto-Socorro João XXIII.

as mulheres em situação de violência em geral procuram em primeiro lugar os serviços de saúde, em especial os prontos-socorros

O referido Protocolo objetiva, dentre outros pontos importantes, sensibilizar profissionais de saúde e evidenciar a responsabilidade que lhes cabe: contribuir efetivamente no apoio às mulheres, ajudando-as na quebra do "ciclo da violência", pois como já foi dito, as mulheres em situação de violência em geral procuram em primeiro lugar os serviços de saúde, em especial os prontos-socorros. É preciso habilitar as instituições e as/os profissionais de saúde para que assumam e desempenhem tal papel.

A importância dos protocolos para atendimento à mulher vítima de violência nos serviços de saúde

Em primeiro lugar, sendo um protocolo uma sistematização das melhores e mais adequadas condutas de atenção em saúde, em qualquer tema ou doença, ele é visto com muito respeito pela categoria médica em particular, pois em medicina um protocolo é considerado como a "última palavra" para uma melhor atenção, o caminho mais apropriado do momento, com respaldo científico e ético.

em medicina um protocolo é considerado como a "última palavra" para uma melhor atenção

Atualmente, na prática médica, protocolo de assistência significa regra a ser cumprida. Portanto, se uma instituição de saúde adotar um protocolo em seu trabalho de atenção à mulher vítima de violência é quase certo que ele será seguido quase certamente.

O que contém o Protocolo

Conjunto de condutas indicativas para uma abordagem mais humanizada e solidária às mulheres que procuram os serviços de saúde de urgência e emergência e que possibilita o diagnóstico de violência doméstica, o *Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde* é um instrumental adequado para a atenção nos casos de violência em fase aguda, a violência que chega aos serviços de urgência e emergência, em geral com lesões físicas. Acreditamos que os casos de "violência cronicada" serão melhor atendidos nos postos de saúde e ambulatórios, pois exigem uma outra abordagem, com características peculiares e capaz de orientar a/o profissional de saúde a descobrir e a seguir pistas da violência para chegar a um diagnóstico.

Na verdade, um protocolo para assistência em violência traça uma conduta geral para qualquer profissional de saúde. Todavia, devemos sempre lembrar que a categoria médica é a única, dentre todas as categorias da área de saúde, que detém o poder do diagnóstico. Logo, ao se elaborar e implantar um

a assistência à violência doméstica nos serviços de saúde requer, para seu bom desempenho, uma abordagem multidisciplinar

protocolo de assistência em saúde deve-se ter uma preocupação especial de que ele seja aceito por quem pode definir e selar um diagnóstico, pois sem a realização do diagnóstico os demais encaminhamentos do problema nos serviços de saúde serão emperrados.

De qualquer forma, não se pode esquecer que a assistência à violência doméstica nos serviços de saúde requer, para seu bom desempenho, uma abordagem multidisciplinar. Logo, todas as pessoas que trabalham na instituição de saúde necessitam de sensibilização e habilitação na temática. Em se tratando de serviços públicos, parece ser em geral muito mais fácil às usuárias fazerem confidências a profissionais de saúde que mais se aproximam de sua condição social. Assim é que trabalhadoras da área denominada "serviços gerais" (limpeza) e auxiliares de enfermagem são profissionais de categorias que, quando sensibilizadas e treinadas, podem dar contribuições inestimáveis para o estabelecimento do diagnóstico de violência doméstica e sexual.

Principais avanços e dificuldades

Os principais avanços obtidos no processo de elaboração do Protocolo, desenvolvido pelos membros do Grupo de Tra-

balho "A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública", foram:

- retomar, de forma mais organizada, a articulação feminista em Belo Horizonte em relação à luta contra a violência doméstica, pois praticamente todos os grupos feministas da cidade integraram-se ao processo;
- criar uma base de apoio à luta feminista em outros setores da sociedade;
- dar maior visibilidade às ações feministas; e
- o enorme respaldo da mídia escrita, falada e televisada.

As principais dificuldades foram sobretudo em relação às direções das instituições de saúde que, embora tenham apoiado a proposta, desde o início revelaram algumas incompreensões teóricas e políticas, principalmente dificuldades de extrapolar a atenção à violência doméstica do âmbito das ações do serviço social de suas instituições. Uma comprovação é que tanto o Pronto-Socorro João XXIII quanto o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens indicaram assistentes sociais como suas representantes no Grupo de Trabalho. Mesmo após receber informações detalhadas sobre a importância de integrar também mais uma pessoa de suas equipes médicas na representação do GT, não o fizeram.

No entanto, no decorrer do processo ficou evidenciado para as referidas instituições que a atenção do serviço social às mulheres vítimas de violência que chegam aos prontos-socorros é apenas uma parte da atenção a ser prestada e que outras/os profissionais de saúde também precisam assumir a responsabilidade social que lhes cabe, sobretudo as médicas e médicos, que são quem detêm o poder de diagnóstico no serviço de saúde.

* Fátima Oliveira é médica e membro da Coordenação Nacional da UBM (União Brasileira de Mulheres). Integra também os conselhos diretores da RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos) e da CCR (Comissão de Cidadania e Reprodução). Atualmente é membro da Secretaria Executiva da SBB (Sociedade Brasileira de Bioética) e bolsista da Fundação MacArthur. E-mail: fatimao@medicina.ufmg.br

Nota: Este artigo contém extratos do texto apresentado no painel "Utilização na rede pública de saúde de protocolos de atendimento às vítimas de violência intrafamiliar", realizado durante o Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar", organizado pela Casa de Cultura da Mulher Negra, de Santos, São Paulo, de 3 a 6 de junho de 1999.

PROTÓCOLO

considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde

Este Protocolo foi elaborado pelo Grupo de Trabalho "A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública", projeto realizado pelo MPM (Movimento Popular da Mulher) e Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras, em parceria com o Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens e Pronto-Socorro João XXIII, ambos de Belo Horizonte/MG.

Coordenado por Hercília Levy, presidente do MPM, o projeto foi apoiado pela Regional Minas Gerais da RedeSaúde e contou com suporte financeiro da RSMLAC (Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe) e do SinMed (Sindicato dos Médicos do Estado de Minas Gerais).

A versão original deste Protocolo foi lançada em Belo Horizonte, em 1998, no âmbito das atividades em torno do 25 de Novembro, Dia Internacional da Não-Violência Contra as Mulheres, na Campanha pelo Direito de Viver Sem Violência. A repercussão positiva do Protocolo junto ao movimento de mulheres e a profissionais de saúde motivou sua publicação como encarte do Jornal da Rede, nesta edição especial sobre violência de gênero.

A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública

A violência contra a mulher, atualmente denominada "violência de gênero", ocorre tanto no espaço privado quanto no espaço público e pode ser cometida por familiares ou outras pessoas que vivem no mesmo domicílio (violência doméstica) ou por pessoas sem relação de parentesco e que não convivem sob o mesmo teto.

Para a pesquisadora Heleieth Saffioti, a violência familiar "recobre o universo das pessoas relacionadas por laços consanguíneos ou afins. A violência doméstica é mais ampla, abrangendo pessoas que vivem sob o mesmo teto, mas não necessariamente vinculadas pelo parentesco". Portanto, violência doméstica é qualquer ação ou conduta cometida por familiares ou pessoas que vivem na mesma casa e que cause morte, dano ou sofrimento, físico, sexual ou psicológico, à mulher. É uma das formas mais comuns de manifestação da violência e, no entanto, uma das mais invisíveis, sendo uma das violações dos direitos humanos mais praticadas e menos reconhecidas do mundo. Trata-se de um fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) reconhece a

violência doméstica como um problema de saúde pública, pois afeta a integridade física e a saúde mental. Os efeitos da violência doméstica, sexual e racial contra a mulher sobre sua saúde física e mental são evidentes para quem trabalha na área. Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde e, em geral, apresentam "queixas vagas".

As vítimas de violência doméstica freqüentemente recorrem aos prontos-socorros, ambulatórios e hospitais da rede de saúde, que em geral não conseguem fazer o diagnóstico de violência doméstica, assim como não compreendem a magnitude do problema como uma questão de saúde pública e nem conseguem assumir a responsabilidade social que lhes cabe. No Brasil, um outro dado importante é a omissão do poder público, que não habilita as/os profissionais de saúde para o atendimento adequado às mulheres em situação de violência.

Para entendermos porque a violência doméstica é também uma questão de saúde pública, precisamos compreendê-la em seu aspecto numérico (o grande número de vítimas atingidas), nas repercussões deletérias na sanidade física e mental, assim como em suas decorrências econômicas para o país: redução do PIB (Produto Interno Bruto) em virtude do absenteísmo ao trabalho, da diminuição da produtividade e do período em que essas mulheres ficam às expensas da seguridade social.

Porém, a magnitude das conseqüências da violência doméstica sobre a economia do país, em termos de custos para o sistema de saúde, polícia, Poder Judiciário, órgãos de apoio à mulher e para a própria saúde das mulheres, ainda não pode ser medida com maior precisão, pois essas estatísticas exigiriam dados importantes que não são coletados, sobretudo nos serviços de saúde. Eis uma das conseqüências da falta do diagnóstico da violência doméstica nos prontuários médicos.

O PROTOCOLO: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde pretende ajudar a suprir tal lacuna.



María Bonomi

Dados da violência doméstica

No mundo

- Um em cada 5 dias de falta ao trabalho é decorrente de violência sofrida por mulheres em suas casas.
- A cada 5 anos, a mulher perde 1 ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica.
- Em 1993, o Banco Mundial diagnosticou que as práticas do estupro e da violência doméstica são causas significativas de incapacidade e morte de mulheres em idade produtiva, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.
- Dados do BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), resultantes de pesquisas realizadas em Santiago (Chile) e em Manágua (Nicarágua), em 1997, concluíram que a mulher agredida física, psicológica ou sexualmente por seu companheiro em geral recebe salário inferior ao de uma trabalhadora que não é vítima de violência doméstica.

Na América Latina

- A violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres.
- Os custos com a violência doméstica são da ordem de 14,2% do PIB (Produto Interno Bruto), o que significa US\$ 168 bilhões.

No Brasil

- Segundo a Sociedade Mundial de Vitimologia (Holanda), que pesquisou a violência doméstica em 138 mil mulheres de 54 países, 23% das mulheres brasileiras estão sujeitas à violência doméstica.
- A cada 4 minutos, uma mulher é agredida em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto.
- As estatísticas disponíveis e os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher demonstram que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro.
- Mais de 40% das violências resultam em lesões corporais graves decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos.
- O Brasil é o país que mais sofre com a violência doméstica, perdendo cerca de 10,5% do seu PIB em decorrência desse grave problema.

1. Abordagem: da omissão ao respeito, estimulando o exercício da cidadania

De que maneira devemos abordar uma mulher que chega a uma unidade de saúde apresentando evidências de violência? A mulher em situação de violência em geral manifesta medo, insegurança, desconfiança, dor, incerteza e frustração, além das lesões físicas. Diante de tal situação e acima de tudo, ela *merece e deve* ser atendida com respeito e solidariedade e precisa receber orientações que a ajudem a resolver ou diminuir seus problemas.

Para as/os profissionais de saúde, um outro grande desafio que é colocado no momento do atendimento diz respeito a como equacionar a "urgência" ou a "emergência", do ponto de vista da atenção médica e dos demais procedimentos estritamente de saúde, e ao mesmo tempo prestar um acolhimento solidário e digno, ou seja, mais humanizado, capaz de aumentar a auto-estima das mulheres atendidas.

Seja sensível! Ao chegar ao serviço de saúde, especialmente um pronto-socorro, a mulher que sofreu violência foi e está muito humilhada. É provável que ela não deseje se expor mais ainda, inclusive porque está amedrontada e confusa. Portanto, ao abordá-la, não seja invasiva/o. Respeite os limites humanos. Seja discreta/o, mas dê apoio!

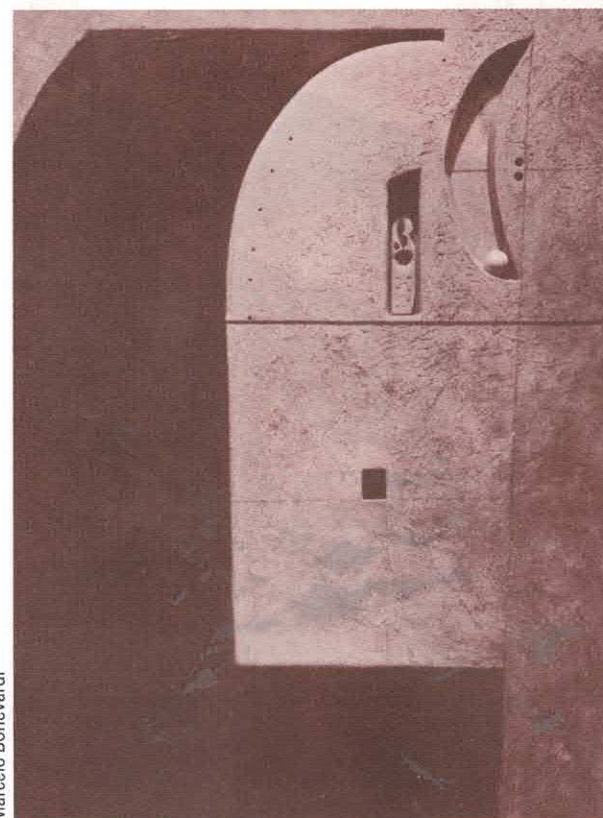
Caso perceba que a mulher está relutando em assumir ou relatar a violência que sofreu, bem como revelar seu agressor, procure conversar em local que garanta a privacidade dela, ou solicite ajuda, encaminhando-a (por escrito) a profissionais ou serviços especializados no trato de tal questão, dentro ou fora de sua instituição.

2. Necessidade e importância do preenchimento detalhado e completo do prontuário

Nos serviços de saúde, uma mulher que sofreu violência deve ter o seu "motivo de atendimento" classificado segundo os seguintes critérios:

- **Violência física:** para agressão física sofrida fora do âmbito doméstico, por exemplo: violência sofrida por trabalhadoras do sexo e por outras mulheres, não enquadrada como violência doméstica.
- **Violência sexual:** estupro ou abuso sexual, em âmbito doméstico ou público, que pode também resultar em lesões corporais, DSTs (doenças sexualmente transmissíveis), gravidez indesejada e transtornos mentais. Cabe lembrar aqui a situação das meninas e

Marcelo Bonevardi



adolescentes, vítimas preferenciais do abuso sexual, incesto e estupro familiar. Estudo realizado por Saffioti mostra que 80% dos casos de abuso têm a menina como vítima. O abusador é, na maior parte dos casos, o pai consanguíneo e a faixa etária preferencial das meninas agredidas vai de 7 a 10 anos.

- **Violência doméstica:** é a agressão praticada por um familiar contra outro, ou por pessoas que habitam o mesmo teto, mesmo sem relação de parentesco.

Diante de tais considerações, é necessário que sejam criados códigos específicos nos serviços de saúde informatizados para classificar e delimitar a violência. Já existe o código geral para "violência", que é utilizado para qualquer tipo de violência. Tal código permanecerá para a "violência física", independentemente do sexo, não enquadrada como violência sexual e nem doméstica. E seriam criados um código para a "violência sexual" e outro para a "violência doméstica".

Caso no "motivo de atendimento" não conste "violência", de qualquer tipo, qualquer profissional de saúde (médica/o, enfermeira/o, auxiliar de enfermagem, psicóloga/o, assistente social etc.) que detecte que a mulher atendida sofreu violência, quer seja física, sexual ou doméstica,

O quesito "cor"

É necessário que os serviços de saúde adotem o quesito "cor" como um dado de identificação pessoal que deve ser preenchido e considerado no diagnóstico e nas estatísticas de morbi-mortalidade.

Segundo a médica Fátima Oliveira: "No Brasil a classificação adotada atualmente é a do IBGE, que coleta como dado que permite a identificação racial a cor da pele (quesito cor) através da auto-classificação, ou seja, a pessoa entrevistada é quem 'escolhe' e diz 'qual é a sua cor' em uma constelação de cinco itens: preta, parda, branca, amarela e indígena. A junção da população preta com a população parda é que possibilita definir população negra".

Os serviços de saúde informatizados que não contemplam o quesito "cor", conforme especificações do IBGE, necessitam fazê-lo urgentemente. A invisibilidade das populações ditas "não-brancas" nas estatísticas brasileiras é uma herança racista que precisa ser banida; portanto, o recorte racial da violência é um dado essencial para o combate às práticas racistas.

deverá comunicar o fato à/ao profissional responsável pela condução do caso e solicitar a correção do "motivo de atendimento" no prontuário.

Nas instituições em que a ficha de atendimento (prontuário) é cadastrada em computador, não basta apenas que se risque ou modifique o "motivo de atendimento" no prontuário, mas é necessário também que seja solicitado à/ao funcionária/o responsável pelo preenchimento inicial do prontuário (que contém os dados de identificação pessoal) que faça a correção também nos arquivos do computador. Tal conduta é absolutamente indispensável para que as estatísticas sobre a violência de gênero comecem a refletir a realidade.

História completa e descrição das lesões. Médicas e médicos precisam estar conscientes de que um prontuário onde a violência física, sexual ou doméstica consta como "motivo de atendimento" e diagnóstico representa um documento de grande valor legal para a mulher, pois se trata do registro mais importante da violência sofrida. Logo, preenchê-lo adequadamente demonstra o grau de compromisso profissional no combate à violência. Assim, o prontuário deverá ser preenchido com letra legível e conter a descrição exata das lesões e dos encaminhamentos realizados.

3. Por que, quando, como e para onde encaminhar

Ao diagnosticar um caso de violência doméstica, seja firme e solidária/o. Oriente a mulher a fazer valer os seus direitos. Apresente-lhe caminhos que possibilitem quebrar o ciclo da violência. No entanto, nem sempre você encontrará receptividade. Seja tolerante e não imponha o que você considera "a conduta certa". Mesmo considerando que a mulher em situação de violência encontra-se em condição de vulnerabilidade, cabe exclusivamente a ela decidir o que fazer. Respeite o direito dela à autonomia! Apenas faça a sua parte; sobretudo, saiba encaminhá-la adequadamente e com presteza.

Os encaminhamentos, internos e externos, devem ser feitos por escrito e registrados no prontuário. Nos casos de violência contra a mulher, um documento médico, como o prontuário, adequadamente preenchido é um testemunho que serve para combater a impunidade e pode salvar vidas!

Atenção: você é responsável pelo conteúdo de um documento valioso para a saúde e a vida das mulheres. Lembre-se que a omissão, a exemplo do silêncio e da impunidade, é cúmplice da violência!

Encaminhamentos internos

- Registro da queixa no posto policial da instituição de saúde.
- Serviço social da instituição de saúde.
- Serviço de apoio psicológico da instituição de saúde.

Encaminhamentos externos

- Delegacia especializada de crimes contra a mulher.
- IML (Instituto Médico Legal).
- Casas-abrigos e outros centros de apoio à mulher em situação de violência.

4. Procedimentos em caso de suspeita de violência sexual

O atendimento à vítima de violência sexual tem os seguintes objetivos:

1. Atenção médica.
2. Registro adequado das lesões.
3. Preservação de possíveis provas que poderão ser importantes posteriormente.
4. Prevenção de DSTs, inclusive HIV.
5. Prevenção de gravidez indesejada, através da contracepção de emergência.



Albino Carvão

Oriente a vítima a:

1. Não se lavar.
2. Caso tenha se trocado, recuperar a roupa que usava no momento do crime.
3. Procurar um serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual.

Outros locais que a vítima de violência sexual deverá ser orientada a procurar:

1. Delegacia: para registro da queixa, na própria instituição de saúde (os prontos-socorros possuem postos policiais) ou na delegacia da mulher mais próxima.
2. IML: para realizar "exame de corpo de delito".
3. Serviços de saúde que realizam diagnóstico de DSTs, inclusive HIV.
4. Serviços de apoio psicossocial.

Lembre-se: mulheres em idade reprodutiva – entre a primeira menstruação (menarca) e a menopausa – necessitam fazer registro policial da queixa e exame de corpo de delito e receber orientações específicas do Serviço de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sexual.

Nota: Objetivando otimizar os encaminhamentos, consta no final da versão original do Protocolo uma lista de endereços úteis – informando também telefones e horários de funcionamento – de: instituições públicas de apoio à mulher, tais como delegacias da mulher, centros de apoio psicológico, jurídico e social, casas-abrigos, IML (Instituto Médico Legal), serviços de aborto previsto em lei, serviços de saúde que realizam diagnóstico de DSTs, inclusive HIV, e organizações feministas que atuam na área da violência de gênero.

Casas-Abrigos: um espaço de apoio e de solidariedade versus uma visão assistencialista

Benilda Regina Paiva de Brito*

Mário Zanini

Com base nas experiências de casas-abrigos nas cidades de Porto Alegre, Brasília, Rio de Janeiro, Fortaleza e Belo Horizonte, pretendo fazer aqui uma breve reflexão sobre essa política tão solicitada e defendida por movimentos sociais, delegacias especializadas, serviços de apoio às mulheres e, principalmente, pelo movimento feminista: a criação de casas-abrigos para mulheres vítimas de violência.

Muitos são os documentos encaminhados aos governos federal, estaduais e municipais de várias partes do Brasil, solicitando a implementação dessa política de abrigo. Não se trata de defender ou criticar a criação de casas-abrigos; minha intenção é provocar uma avaliação para, quem sabe, concluirmos, na melhor das hipóteses, que talvez estejamos reivindicando de maneira "equivocada".

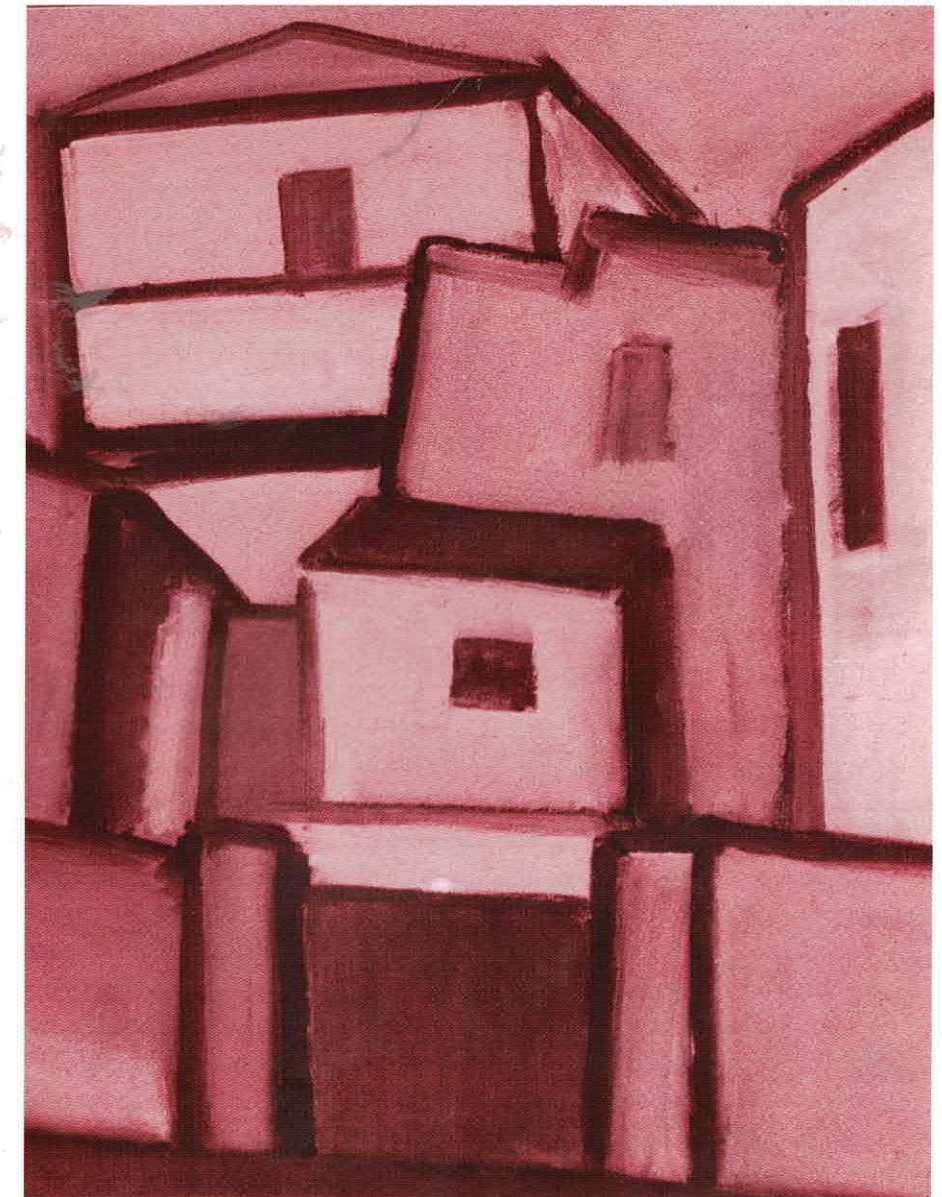
Convenções, declarações, relatórios, conferências, termos etc. são documentos onde a velha máxima está sempre presente: "No caso da violência doméstica: criação de casas-abrigos." O termo de referência para implantação e implementação de casas-abrigos (Brasília, agosto/97) traz a seguinte definição:

"As casas-abrigos constituem locais seguros para atendimento a mulheres em situação de risco de vida iminente, em razão da violência doméstica. Trata-se de um serviço de caráter sigiloso e temporário, onde as usuárias poderão permanecer por um período determinado, após o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas." (grifo nosso)

Algumas reflexões

Faço agora um convite para que avaliemos algumas dentre tantas situações que hoje me deixam sem respostas:

- A mulher é quem é retirada da estân-



cia social que ocupa (a casa, a igreja, os amigos, a comunidade) e na qual está inserida, para se abrigar em lugares com outras mulheres também agredidas, muitas vezes com crianças, causando nessas últimas traumas enormes.

- Muitas vezes, quando voltam para casa, o marido já destruiu ou se desfez de vá-

rios bens, isto quando já não está acompanhado de outra mulher.

- Um dos pré-requisitos para a mulher ser acolhida na casa-abrigo é a formalização de queixa e/ou representação junto a uma delegacia. Ocorre que nem sempre o agressor comparece à delegacia no dia da audiência; geralmente ele ignora a

intimação ou foge para local incerto ou ignorado, impossibilitando a ação da delegacia e o cumprimento da lei.

- Por estarem muitas vezes em situação de risco de vida, o sigilo quanto ao endereço impossibilita saídas constantes, gerando períodos frequentes de ociosidade e certa sensação de confinamento, que provocam grande impaciência e nervosismo.
- Apesar de a criação de políticas públicas ser obrigação do Estado, em muitas casas faltam recursos para a manutenção de artigos básicos, como pão, produtos de higiene, frutas, leite etc. A situação é tão grave que algumas casas funcionam com um "caixa 2" (do próprio salário dos funcionários) para suprir as necessidades de emergência.
- Lidar com emoção e coração é muito imprevisível. Para dar atendimento a mulheres que, não raro, apresentam condutas ambíguas, é preciso compreender a violência que está presente nas relações afetivas.

Trabalhar com violência pressupõe sensibilidade, persistência, coragem e profissionalismo

- A violência persegue um ciclo vicioso, que vai do espancamento, passa pelo arrependimento e pedido de perdão do agressor, até uma nova agressão. Assim, nos casos de reincidência, ela volta imediatamente para a casa-abrigo, o que produz uma relação de dependência e vulnerabilidade com o equipamento.
- Formação das/os profissionais envolvidas/os no processo. Trabalhar com violência pressupõe sensibilidade, persistência, coragem e profissionalismo. A falta de um acompanhamento psicológico para funcionárias/os das casas-abrigos e centros de apoio tem provocado um grande desgaste nos membros da equipe.
- Uma pergunta habitual que as mulheres fazem antes de sair para o abrigo é:

"Posso levar meu tanquinho?" Claro que no abrigo não há lugar para tanquinhos, poltronas, televisores etc. Mas será que essa mulher quer levar seu tanquinho para não perdê-lo ou quer levar com ele sua história, suas referências, sua identidade?

- Vitimização da mulher. A relação de violência se mantém devido à interação de duas pessoas. Embora seja importante incluir o agressor na intervenção, o importante e fundamental é a mulher entender seu papel na relação violenta, pois ela está sujeita a repeti-la com outras pessoas.
- Dificuldade de retomar o curso de suas vidas pós-casa: muitas mulheres adquirem uma sensação de segurança e uma falsa idéia de "estabilidade social" e resistem em aceitar que a permanência naquele espaço é por tempo determinado.
- Construção de uma política para "nós, mulheres" e não para "as mulheres". Nós, mulheres envolvidas no processo de construção de casas-abrigos, nunca nos colocamos na posição de possível usuária do serviço.
- Quando existe o serviço, mas não há vagas. O que fazer quando a casa-abrigo está lotada, com a capacidade esgotada para receber novas usuárias, e a mulher procura o serviço?
- A representação social do equipamento - já houve caso de um "marido denunciado" invadir a casa-abrigo para agredir a mulher, o próprio filho e a coordenadora da casa. Aquele marido não só conseguiu garantir a desigualdade nas relações de gênero a que somos submetidas, como também demonstrar que a instituição não significava nada para ele, nem servia para intimidá-lo.
- Dificuldade de um acompanhamento pós-casa. Por falta de recursos e de pessoal, poucos estados têm conseguido desenvolver um trabalho de acompanhamento pós-casa:
 - em Porto Alegre: foi realizada a pesquisa "Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre moradoras da

Casa de Apoio Viva Maria", que contou com a colaboração de ex-abrigadas e envolveu também dinâmicas e entrevistas;

- no Rio de Janeiro: visitas domiciliares; tentativa de inclusão na bolsa-escola; kit construção (inscrição no programa da Secretaria de Habitação); projeto Apoio à Moradia, da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.

É evidente que uma política de combate à violência pressupõe ir além da construção de casas-abrigos

É evidente que uma política de combate à violência pressupõe ir além da construção de casas-abrigos. É preciso uma política integral de assistência à mulher, que inclua saúde, habitação, abastecimento, educação, geração de trabalho e renda etc.

Os pontos que aqui suscitei não representam, em hipótese alguma, uma posição contrária à criação de casas-abrigos. Mas acredito que um equipamento como esse deve ter seu uso otimizado para cumprir plenamente seu papel.

As ações suplementares que envolvem mudanças de comportamento e mentalidade são ações a longo prazo, mas que merecem nossa especial atenção. Talvez devamos reivindicar, ao invés da criação de novas casas, a efetivação de uma ampla política de combate à violência doméstica contra as mulheres.

* Benilda Regina Paiva de Brito é psicopedagoga, coordenadora do *Benvinda - Centro de Apoio à Mulher, de Belo Horizonte, militante do Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras e membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e da Rede Afrocaribenha de Mulheres Negras. E-mail: smds@pbh.gov.br*

Mais informações sobre o funcionamento do *Benvinda - Centro de Apoio à Mulher: tels./fax: (31) 277.7076 / 277.7047 e-mail: smds@pbh.gov.br*

A Escuta da Dor

Entrevista com Paula Patrícia Francisquetti



Camille Claudel

A violência doméstica é um assunto antigo. Por muito tempo ela esteve confinada a quatro paredes, protegida por ditos populares como "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher". Graças ao movimento feminista, a violência doméstica foi ganhando visibilidade, passando a ser questionada.

Agora, ao lado das delegacias de polícia da mulher e de matérias jurídicas, uma nova discussão se impõe: a violência doméstica como questão de saúde da mulher.

Paula Patrícia Francisquetti é psiquiatra e psicanalista do Ambulatório do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, serviço que há quase vinte anos vem prestando um atendimento de referência em saúde da mulher na cidade de São Paulo.

Fernanda Pompeu

JR - A violência doméstica é um fenômeno contemporâneo?

Paula - A violência nas relações, principalmente nas relações conjugais, é muito antiga. O que é novo é problematizar a violência doméstica como uma questão de saúde da mulher e, conseqüentemente, de saúde pública.

JR - No Ambulatório do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, que situação frequente de violência é reportada pelas mulheres?

Paula - A violência que acontece nas relações conjugais, entre parceiros, entre o homem e a mulher. Os casos de violência sexual (estupro, abuso sexual) são mais raros. É claro que em serviços que atendem o aborto legal, nos prontos-socorros, os casos que mais chegam são os de violência sexual. Aqui, no

A violência doméstica ocorre dentro de uma relação, ela não é unívoca. A mulher é vítima e também partícipe da situação de violência

atendimento de saúde mental do Ambulatório do Coletivo, a violência doméstica é a que mais aparece, mesmo porque ela costuma estar no cotidiano de muitas mulheres.

JR - Quais as conseqüências psíquicas para uma mulher em situação de violência doméstica?

Paula – Devemos tomar cuidado com as generalizações. As mulheres em situação de violência têm condições diferenciadas para lidar com essa violência. A forma de enfrentar a situação tem a ver com a história de vida de cada mulher. É claro que sempre é uma experiência dolorosa, mas existem mulheres que conseguem transformar a situação, sair fora da história. Ao contrário, outras vivem anos a fio dentro de uma relação na qual há agressões físicas, verbais e emocionais. Vivem sob ameaças e abusos de toda sorte. Para muitas mulheres, os efeitos da violência doméstica são devastadores.

JR – *Mas não existe algo em comum para as mulheres em situação de violência?*

Paula – Uma mulher que permanece por muito tempo dentro de uma relação violenta, no mínimo, perdeu a auto-estima, ela não se leva mais em conta. Mas é temerário falarmos em um diagnóstico da violência doméstica. Por exemplo, há mulheres que ficam agitadas; outras ficam deprimidas.

O trabalho com a escuta pode ser feito pela equipe multiprofissional dos serviços

JR – *A mulher é sempre a vítima dentro da relação de violência?*

Paula – A violência doméstica ocorre dentro de uma relação, ela não é unívoca. A mulher é vítima e também participe da situação de violência. Claro que ela não quer isto, porque ninguém gosta de sofrer, mas muitas vezes ela não consegue sair da história. É como se ela não encontrasse os recursos internos para romper com esse sofrimento. Quando a mulher procura ajuda, ela está dando o primeiro passo para a transformação.

JR – *Então é importante procurar ajuda?*

Paula – É fundamental. Pois, para a maioria, é muito difícil sair sozinha de uma condição tão complexa como é a situação da violência conjugal. Esta mulher precisa, principalmente, de alguém que a escute de forma verdadeira e sem julgamentos. O trabalho com a escuta pode ser feito pela equipe multiprofissional dos serviços. Há também um trabalho mais específico a ser feito pela/o psicanalista.

JR – *E como é que se dá essa escuta psicanalítica?*

Paula – É uma escuta que pressupõe o inconsciente. Não é apenas o que está sendo dito na hora, o que está sendo dito racionalmente. Lembro de uma mulher que no começo quase

não conseguia falar, ela não era capaz de pôr em palavras o próprio sofrimento. À medida que o trabalho foi prosseguindo, ela descobriu que podia ser escutada; então, concluiu que valia a pena falar. Passou também a se escutar e a se descobrir. A experiência de expressar-se é fundamental para o ser humano. A partir daí ela pôde dialogar com o marido, com os filhos.

Existe a questão da saúde física, pois a mulher se torna mais vulnerável para dores pélvicas, infecções vaginais decorrentes do abuso sexual, gravidez indesejada e outros problemas

JR – *No Ambulatório do Coletivo, vocês trabalham com uma equipe multiprofissional. Por quê?*

Paula – Vários fatores entram em jogo na violência doméstica. Existe a questão da saúde física, pois a mulher se torna mais vulnerável para dores pélvicas, infecções vaginais decorrentes do abuso sexual, gravidez indesejada e outros problemas. Existe a questão da saúde mental. E mais as questões policiais, jurídicas etc. No Ambulatório damos atendimento à saúde ginecológica, sexual e mental e, quando necessário, fazemos encaminhamentos para orientações jurídicas e para outros serviços.

JR – *A violência doméstica é intrínseca à relação conjugal?*

Paula – Temos que diferenciar violência de agressividade. A agressividade pode ser um componente vital de luta pela vida, algo ligado à vida e não à morte. Já a violência ocorre quando há intolerância, desrespeito em relação ao outro. Hoje em dia, acontece de tudo ao mesmo tempo. Há pessoas vivendo relações violentas, mortíferas até. E há pessoas procurando novas formas de se relacionar, novas formas de investir no outro. Na beira do ano 2000, estamos vendo famílias se organizando de formas diferentes. Existe uma abertura para novas formas de viver o prazer e a sexualidade.

Ambulatório Saúde e Sexualidade da Mulher Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
tel.: (11) 212.8681
fax: (11) 813.8578
e-mail: cfssaude@uol.com.br

Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar"

Alzira Rufino*

Realizado em Santos, São Paulo, de 3 a 6 de junho de 1999, o Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar" foi promovido pela Casa de Cultura da Mulher Negra e buscou avançar na discussão sobre uma atuação conjunta das entidades e profissionais que trabalham na área de saúde e violência contra a mulher. Um dos principais objetivos do Seminário foi dar visibilidade às ações já implantadas com sucesso na rede pública de saúde e às iniciativas das organizações que atuam nessa área, oferecendo subsídios às autoridades para a criação de políticas públicas em âmbito nacional.

Dados, experiências e debates

O Seminário contou com diversos painéis, onde foram debatidos temas como violência intrafamiliar, racismo e saúde mental e relatadas algumas experiências na área de saúde e violência contra a mulher.

As expositoras do painel sobre Racismo, Violência Intrafamiliar e Saúde Mental estabeleceram relações de gênero, etnia, raça e violência institucional dentro da família negra, com destaque para seu impacto sobre a saúde psíquica

No painel Saúde da Mulher e Violência Intrafamiliar foram apresentados dados e informações sobre estupro e outros casos de violência física. Foram também discutidas questões como violência sexual contra empregadas domésticas e as DSTs, inclusi-



Artur Luis Piza

ve a AIDS, abordando sua relação com a violência sexual, estupro e atentado violento ao pudor e o uso de medicamentos retrovirais, que podem impedir a contaminação pelo vírus HIV.

As expositoras do painel sobre Racismo, Violência Intrafamiliar e Saúde Mental estabeleceram relações de gênero, etnia, raça e violência institucional dentro da família negra, com destaque para seu impacto sobre a saúde psíquica.

Foram também descritas as experiências, estruturas e funcionamento de algumas casas-abrigos nas cidades de Belo Horizonte, Porto Alegre e São Francisco (EUA).

O papel estratégico dos serviços de saúde

Durante o Seminário, as discussões apontaram para a urgente necessidade de uma orientação geral de saúde voltada para a violência doméstica cronicada. Os ser-

Ações em curso na área de saúde e violência contra a mulher

1. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde: desde meados dos anos 90 realiza curso na área de violência de gênero e saúde, em parceria com a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
2. Departamento de Medicina Preventiva e Centro de Saúde de Escola S. B. Pessoa, da Faculdade de Medicina da USP: realiza desde 1994 trabalho na área de violência de gênero.
3. Casa de Cultura da Mulher Negra: iniciativas como a Campanha "Violência Contra a Mulher: uma questão de saúde pública"; seminários com profissionais de saúde; II Encontro Nacional de Entidades Populares (em conjunto com a União de Mulheres de São Paulo) para debater o tema da violência contra a mulher; e o Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência intrafamiliar", em 1999.
4. CEPIA: cursos com profissionais de saúde realizados no Rio de Janeiro.
5. União de Mulheres de São Paulo e Hospital Pérola Byington: projeto em parceria, iniciado em 1996, para implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica no hospital, que já atendia casos de violência sexual.
6. As recomendações sobre violência de gênero incluídas na Declaração do Glória, aprovada no 8º Encontro Inter-

nacional Mulher e Saúde, realizado no Rio de Janeiro, em 1997.

7. O "Protocolo: considerações e orientações para atendimento à mulher em situação de violência na rede pública de saúde", elaborado em 1998 pelo Grupo de Trabalho "A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública", organizado pelo MPM (Movimento Popular da Mulher) e Nzinga - Coletivo de Mulheres Negras, ambos de Belo Horizonte, Minas Gerais, sob a orientação da Regional Minas Gerais da RedeSaúde.
8. O projeto Violência Contra a Mulher - PROVIM, implantado na emergência do HUAP (Hospital Universitário Antônio Pedro), da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, em funcionamento desde 1998.
9. O SOS Mulher/RJ, implantado no Hospital Pedro II, em março de 1999, pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro.
10. Câmara Temática sobre Violência Sexual e Doméstica do Ministério da Saúde, em funcionamento desde abril de 1999, que tem entre seus objetivos a implantação e a implementação da Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes" e a análise de experiências como o "Protocolo", para sua viabilização enquanto norma técnica do Ministério.

viços de saúde devem ser preparados para atender a mulher "poliqueixosa", a mulher que apresenta múltiplas queixas e cujos exames preliminares nada apontam.

apresentadas referiu-se à introdução de curso de especialização sobre violência doméstica como disciplina em faculdades de medicina e escolas de enfermagem.

as discussões apontaram para a urgente necessidade de uma orientação geral de saúde voltada para a violência doméstica cronificada

Foi destacada também a importância do trabalho multiprofissional - ou seja, que haja dentro das unidades de saúde um projeto comum de trabalho - e da intersectorialidade, com a associação a outros serviços, como casa-abrigo, delegacia da mulher ou escola. Mas, para isso, a/o profissional de saúde deve estar capacitada/o a diagnosticar e encaminhar a mulher corretamente. Uma das propostas

Uso de protocolos

Durante o Seminário, o uso de protocolos foi discutido a partir de algumas experiências no Brasil e nos Estados Unidos. Durante essa discussão, ficaram evidentes a necessidade de dois tipos de protocolo - um para uso ambulatorial (clínicas e hospitais) e outro para os prontos-socorros - e a importância da participação de feministas para agilizar a implantação desses protocolos.

A Casa de Cultura da Mulher distribuiu modelos de protocolos fornecidos pelo Centre for Women's Health, da Universidade de Toronto, Canadá, e pelo Family Violence Prevention Fund, bem como de treinamento de profissionais de saúde para

Uma das propostas apresentadas referiu-se à introdução de curso de especialização sobre violência doméstica como disciplina em faculdades de medicina e escolas de enfermagem

utilização desses protocolos. De maneira bastante abrangente, os protocolos contêm informações sobre:

- a dinâmica da violência doméstica
- estatísticas
- causas e mitos
- tipos mais comuns e sutis de lesões indicativas de abuso
- mapas de lesões
- especificações sobre espancamento na gravidez

- técnicas de comunicação para entrevistar as mulheres agredidas
- quais os tipos de informações que devem ser documentadas na ficha médica
- sinais de aumento de perigo
- avaliação sobre o risco de homicídio e estratégias de segurança
- responsabilidades legais das/os profissionais
- intervenções específicas à enfermagem, médicas/os e serviço social;
- lista de referência aos serviços existentes, que atendem mulheres vítimas de

violência doméstica - e suas/seus filhas/os - e de ataque sexual.

Anais do Seminário

A Casa de Cultura da Mulher Negra publicará os anais do Seminário Nacional "Saúde, Mulher e Violência Intrafamiliar", incluindo modelos de protocolos e treinamento de profissionais de saúde. A publicação será encaminhada à Câmara Temática sobre Violência Sexual e Doméstica do Ministério da Saúde, outras instituições de saúde e organizações de mulhe-

res que trabalham com saúde e violência.

Como disse uma expositora presente, "não há antídoto para dor na alma", mas estamos pingando gotas de feminismo e de solidariedade no tratamento, ainda desumano e violento, que tem sido dado à metade da população deste planeta.

* Alzira Rufino é profissional de saúde, escritora e presidente da Casa de Cultura da Mulher Negra, de Santos/SP, e-mail: cmnegr@usc.stceilia.br

Experiências internacionais relatadas durante o Seminário

África do Sul: representantes do Centro Masisukumeni falaram sobre seu trabalho como conselheiras em clínicas públicas de saúde na zona rural da África do Sul, onde conversam com as usuárias e as orientam sobre seus direitos.

Angola: a diretora nacional para a política familiar do Ministério da Família e Promoção da Mulher da República de Angola falou sobre a impunidade dos casos de violência doméstica e sexual submetidos aos tribunais.

Argentina: a diretora do Departamento de Prevenção da Vio-

lência Familiar, da Província de Misiones, descreveu programas de capacitação em nível interinstitucional (Saúde, Polícia, Judiciário, Educação) e de assistência interdisciplinar (assistentes sociais, psicólogas e advogadas, casa-abrigo).

Estados Unidos: em alguns estados, como Califórnia e Nova York, já existem leis e serviços bastante aperfeiçoados para atendimento à violência doméstica na rede de saúde, com produção de materiais e cursos de treinamento de agentes de saúde e uso de protocolos.

Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual

Objetivo

Por iniciativa do Ministério da Saúde, a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual foi criada em abril de 1999, com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas de atenção à mulher em situação de violência, como por exemplo o Plano Nacional de Assistência à Mulher Vítima de Violência.

Definição

A Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual definiu que:

"O atendimento a ser prestado pelo serviço de saúde às mulheres em situação de violência deverá

ser integral e processual, acolhendo em primeiro atendimento, seja em Centro de Atenção Primária ou Ambulatorial, seja em Serviço de Urgência e Emergência, conectando-se a atendimentos subsequentes em serviços específicos, em rede articulada de assistência médica, psicológica, jurídica, policial e social.

Mulheres que sofrem violência também deverão receber assistência dos serviços de saúde para minimizar seqüelas, apoiando sua reinserção social".

Componentes

Tânia Giacomo do Lago - Coordenadora das Ações de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde
Elcylene Leocádio - Gerente de Projeto da

Área de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

Aníbal Faundes - Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantis de Campinas/SP
Gilberta Soares - Cunhã - Coletivo Feminista/PB

Jacqueline Pitanguy - CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação/RJ
Lilia Blima Schraiber - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/SP
Márcia Camargo - Coletivo Feminista de Porto Alegre/RS

Fátima Matos - CMDM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher de Belém/PA
Fátima Oliveira - Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos/MG

Este amor me enlouquece...

Wilza Villela*

Ao telefone:

— Estou ligando para dar bom-dia.

— Hãã... Obrigado...

— Aconteceu alguma coisa?

— Hãã... É que são sete e meia da manhã, hoje é domingo, trabalhei a semana inteira...

Quinze minutos mais tarde:

— Desculpe eu ligar de novo, é que eu fiquei passada, por que você me trata com tanto desprezo?

— E por que você acha que pode interferir no meu sono e no meu final de semana?

A discussão que a partir daí se segue relembra brigas do passado, atualiza-se com ofensas mútuas, agressões verbais e ameaças, e termina com muitas lágrimas e sentimentos de raiva, frustração, culpa e impotência.

Este fragmento do cotidiano, familiar a muitas e muitos de nós, pode eventualmente ser tomado como um exemplo das "naturais" vicissitudes das relações amorosas. Ao mesmo tempo, exemplifica bem a dificuldade de delimitação dos sentidos possíveis atribuídos aos termos "violência" e "saúde mental".

Se entendemos "violência" como a invasão do espaço, exercício de controle e de poder emocional, verbal, sexual, econômico ou físico sobre o outro, podemos enxergar, nesse fragmento de conversa ao telefone, um jogo onde ambos os personagens podem ser considerados parceiros na construção da cena violenta. Entretanto, também podemos ver nisso uma reação "normal" de pessoas que se sentem agredidas ou frustradas nas suas expectativas e necessidades afetivas, tanto quanto uma situação em que ambos se expõem e se provocam, num ritual circular e irrefreável que só termina quando os contendores já estão suficientemente machucados e esgotados.

Parte da dificuldade de delimitação do que venha a ser violência e saúde mental —

delimitação, de resto, necessária para que possamos compreender melhor e intervir nestes dois aspectos da experiência humana — parece decorrer do hábito mental, que muitos de nós adquirimos, de naturalizar a violência, imaginando que, até um certo limite, ela seria um atributo constitutivo da nossa humanidade, e de considerar como

Parte da dificuldade de delimitação do que venha a ser violência e saúde mental parece decorrer do hábito, que muitos de nós adquirimos, de naturalizar a violência

saúde mental apenas a ausência de sintomas psicopatológicos graves.

Muitas vezes tendemos a considerar violentos somente os atos físicos que, de alguma forma, interferem em nossa integridade corporal, não atribuindo o mesmo estatuto a atos que interferem na nossa integridade moral ou psíquica. De modo similar, tendemos a achar que a existência de vínculos familiares, sexuais e amorosos autoriza a ocorrência de agressões físicas, verbais ou de desrespeitos em relação ao outro, desde que de intensidade pequena ou moderada.

E se a nossa cultura de final de século sanciona pequenas violências cotidianas cometidas contra os chamados "objetos de amor", também se coloca ambígua quando fala de saúde mental. Mesmo se nos deslocarmos do pólo da doença para o da saúde, como garantir uma "completa sensação de bem-estar psicossocial" (definição da OMS) sem resvalar em posturas egoístas ou nos limites impostos pelo "bem-estar" dos outros, que se constrói partir da satisfação

de necessidades diferentes, contraditórias e até mesmo opostas às nossas? Como fugir do imediatismo e da fatuidade na busca do bem-estar? Por exemplo, podemos imaginar que, durante a discussão ao telefone, os personagens atuavam, momentaneamente, no que lhes parecia o mais possível, confortável e imediatamente identificado como "bem-estar".

A falta de uma delimitação precisa do que sejam violência e saúde mental, no entanto, não impede o sofrimento psíquico das pessoas envolvidas em relações nas quais o amor se torna mais sinônimo de permissividade do que de cuidado. Tristeza, inse-

E se a nossa cultura de final de século sanciona pequenas violências cotidianas cometidas contra os chamados "objetos de amor", também se coloca ambígua quando fala de saúde mental

gurança, sentimentos e pensamentos persecutórios, auto e heterodestrutividade, rebaixamento da auto-estima, irritabilidade, labilidade, intolerância e agressividade passam a fazer parte do repertório emocional dos sujeitos envolvidos. Chamam a atenção, neste aspecto, as diferenças de gênero que marcam as reações às vivências psiquicamente violentas, que fazem com que mais frequentemente os homens reajam através da agressão, auto e hetero inflingida, e as mulheres, por meio da depressão.

Vale lembrar que, até o momento, enfocamos a violência psicológica que muitas vezes permeia as relações ditas de amor, pela sua importância no cotidiano dos casais e das famílias. No entanto, a violência

Tarsila do Amaral



psicológica pode estar presente em qualquer relação que se constitua, real ou virtualmente, como uma relação de poder. Da mesma forma, vale lembrar que vários dos elementos que constituem a estrutura e a dinâmica das interações violentas que ocorrem no âmbito das relações amorosas são semelhantes, quer a expressão da violência seja predominantemente física ou psicológica. Assim, a idéia de que o outro provocou e, conseqüentemente, é responsável e merecedor da agressão, a dificuldade de deter o processo depois de desencadeado, a justificativa do amor ferido como desencadeador do ato violento são pontos recorrentes nos relatos de quem vive ou vivenciou uma interação deste tipo.

Autores, como Maria Filomena Gregori, têm buscado discutir os diferentes aspectos envolvidos nas interações violentas que ocorrem nas ditas relações amorosas, problematizando um tipo de jogo que se estabelece quando um dos parceiros se vitimiza e, ao se colocar assim, coloca o outro na incômoda e intransponível posição de algoz, o que confere poder à aparente vítima e configura uma circularidade nas posições vítima-agressor. Ao mesmo

Chamam a atenção as diferenças de gênero que marcam as reações às vivências psiquicamente violentas, que fazem com que mais frequentemente os homens reajam através da agressão e as mulheres, por meio da depressão

tempo, Jurandir Freire tem questionado a natureza deste tipo especial de atração entre pessoas, que convencionamos chamar de "amor" e que possibilita a ocorrência de atos pouco gentis, grosseiros, possessivos, autoritários e, até mesmo, violentos entre os supostos amantes. Segundo estes autores, a idéia de amor é construída a partir de uma intensa ambigüidade, que recobre, simultaneamente, a produção da alegria, da felicidade, da confiança no outro, e também a da tristeza, da desconfiança, do desalento e de outras inúmeras dores da alma.

A contribuição dos autores citados, e de outros que refletem sobre temas semelhantes, tem sido fundamental para o desvelamento crítico e compreensão da violência presente nas relações amorosas, visan-

do a desconstrução do vínculo imaginário de contigüidade existente entre esses dois âmbitos da experiência humana.

Resta, no entanto, para quem vivencia a violência em seu cotidiano, decidir se é possível, e se vale a pena, estabelecer e cumprir acordos éticos que permitam transformar a relação, garantindo o respeito ao outro e o usufruto da sensação de bem-estar, que experimentamos quando somos bons, dignos e tolerantes com o outro, e com isso salvar o amor.

Ou, ao contrário, se vale a pena, e é possível, garantir o respeito a si e o usufruto da sensação de dignidade, dizendo simplesmente não. E com isso se aventurar a entrar em contato com os próprios anjos e demônios, atravessar o túnel da solidão e da dependência, buscando a constituição de novas relações, pautadas pela liberdade e pelo respeito mútuo. Mais uma vez, a tentativa é salvar o amor.

* Wilza Villela é médica, pesquisadora do Instituto de Saúde e membro da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. E-mail: wilzavi@usp.br

Propostas do II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde

Entre os dias 19 e 22 de setembro de 1999, aconteceu na cidade do Rio de Janeiro o II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde, organizado pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), Abrasco (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) e RedeSaúde (Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos).

O Congresso contou com a presença de cerca de 800 pessoas, entre palestrantes e participantes, provenientes de 32 países: Afeganistão, África do Sul, Alemanha, Argentina, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Emirados Árabes Unidos, Equador, Espanha, Grécia, Finlândia, França, Guatemala, Índia, Itália, México, Nigéria, Noruega, Peru, Polônia, Quênia, Rússia, Sudão, Suécia, Suíça, Uruguai e Venezuela.

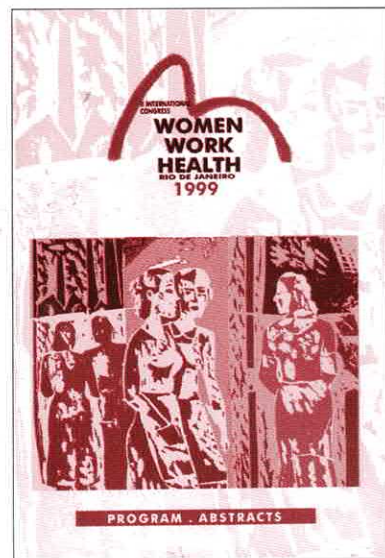
Esse Congresso teve como tema central a discussão sobre **Equidade de Gênero e Qualidade de Vida: Desafios dos Novos Tempos Sociais**, a partir de uma perspectiva de classe social e raça/etnia.

Nas discussões realizadas, concluiu-se que as políticas de ajuste estrutural e a atual organização social do trabalho – responsáveis pelo processo de reestruturação produtiva – têm acarretado a precarização das relações de trabalho, a redução dos salários e o crescente desemprego, com conseqüências perversas para o conjunto das/os trabalhadoras/es.

No contexto das discussões do Congresso, reiterou-se que a saúde do/a trabalhador/a situa-se no campo da saúde pública e fundamenta-se no âmbito dos direitos humanos. É necessário garantir os direitos sociais conquistados e ampliar os direitos e a legislação no campo da saúde e trabalho, para que sejam resgatadas a dignidade e a cidadania.

Após quatro dias de atividades – com a participação de pesquisadoras/es e profissionais de saúde de diversas áreas, sindicalistas, feministas, membros de organizações governamentais, não-governamentais e de movimentos sociais, estudantes, além de representantes de organismos internacionais –, foi apresentado um conjunto de propostas, dentre as quais se destacam as seguintes:

- Apoiar a constituição de redes internacionais em defesa de condições adequadas e dignas de saúde e trabalho, construindo estratégias de resistência coletiva.
- Exigir uma política agrária que contemple a mão-de-obra feminina no campo e elimine qualquer forma de discriminação e violência, buscando garantir condições dignas de vida, trabalho e saúde.
- Considerar o trabalho doméstico como atividade que produz impactos na relação saúde/doença.
- Reconhecer o emprego doméstico como uma profissão fundamental para a sociedade, com garantia de direitos trabalhistas e sanitários para quem o exerce.
- Reconhecer que a questão do trabalho e da saúde infantil e da/o adolescente requer uma discussão em vários planos, que inclu



os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, familiares e de relações de gênero e étnicas.

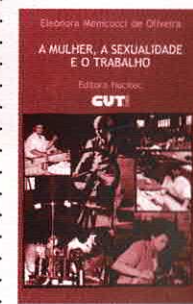
- Reconhecer as diferentes formas de exclusão que sofrem as trabalhadoras migrantes e buscar mecanismos para sua inserção na sociedade, que respeitem seus direitos de cidadania.
- Exigir o reconhecimento, por parte dos empregadores, quanto aos direitos reproduti-

vos das mulheres, sem prejuízos à sua vida profissional.

- Garantir os direitos já conquistados e não permitir retrocessos na revisão da Convenção 103 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), prevista para o ano 2000, incluindo a duração da licença-maternidade pós-parto de 4 meses, pagos, compatível com a recomendação referente ao aleitamento materno exclusivo por, no mínimo, 4 meses.
- Estimular a notificação/diagnóstico de doenças decorrentes de pressões psicossociais no trabalho.
- Reconhecer a violência contra as mulheres no âmbito do trabalho como um problema de saúde pública, que exige a implementação de políticas de prevenção integradas, articulando diferentes setores.
- Reconhecer o assédio sexual no ambiente de trabalho como fator de risco, que desencadeia doenças psicofísicas.
- Denunciar a utilização de mecanismos discriminatórios no ato admissional e demissional, impedindo que o adoecimento seja um critério para a demissão.
- Estimular processos que levem ao controle/vigilância social das políticas públicas na área da saúde do/a trabalhador/a na perspectiva de gênero, buscando garantir sua efetivação.
- Fomentar pesquisas e atividades de intervenção relacionadas ao trabalho, visando a melhoria da saúde e da qualidade de vida da mulher trabalhadora.

Mais informações sobre o II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde
 Fiocruz
 tel.: (21) 598.2698
 fax: (21) 270.3219
 e-mail: wvh99@manguinhos.ensp.fiocruz.br

Publicações



A Mulher, a Sexualidade e o Trabalho

Eleonora Menicucci de Oliveira
 São Paulo, Hucitec, 1999, 158 p.

O livro nasceu da tese de livre-doutoramento em Saúde Coletiva, defendida em 1996 na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Socióloga e professora da Universidade Federal de São Paulo, a autora elaborou um estudo comparativo internacional entre duas realidades diferentes, vividas por trabalhadoras brasileiras e italianas.

Utilizando dados de pesquisas realizadas nas cidades de São Paulo e Milão, o trabalho procurou dar visibilidade às vivências cotidianas das mulheres trabalhadoras, ressaltando as condições de trabalho e de organização social e sexual da produção e seu impacto sobre a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres.

Maiores informações: Hucitec
 tel.: (11) 530.4532
 fax: (11) 530.5938
 e-mail: hucitec@mandic.com.br

Revista do II Congresso Internacional Mulher, Trabalho e Saúde

Wilza Villela (org.)
 Realização: Comissão Organizadora do II Congresso e Instituto de Saúde/SP
 São Paulo, 1999, 54 p.

A revista apresenta vários textos curtos que abordam, a partir de diferentes ângulos, as questões que delimitam o tema "Mulher, Trabalho e Saúde" e que foram objeto de debate durante o II Congresso, realizado de 19 a 22 de



setembro/99 na cidade do Rio de Janeiro.

Além de artigos assinados por pesquisadoras, professoras, sindicalistas e outras ativistas, que problematizam a dimensão de gênero existente na organização do trabalho e seu impacto diferenciado sobre a saúde de mulheres e homens, a publicação traz também o Documento de Consenso (em espanhol), que contém as propostas apresentadas no I Congresso, ocorrido em Barcelona, em abril/96. Informações: Instituto de Saúde tel.: (11) 3106.9047, ramal 212



Parto: Tempos de Ser e de Nascer

Ser Mulher – Centro de Estudos e Ação da Mulher Urbana e Rural
 Nova Friburgo, 1999, 68 p.

A publicação é fruto do Seminário "Parto: Tempos de Ser e de Nascer", realizado em Nova Friburgo, Rio de Janeiro, em outubro de 1997, e cujo objetivo foi discutir as razões do alto índice de cesarianas, no município e em todo o país, e as perspectivas de reversão desse quadro.

Além de diversos textos elaborados a partir das falas apresentadas durante o evento, o livro contém trechos de intervenções e comentários da plenária e relatos de algumas experiências em parto

humanizado em serviços públicos e privados.
 Informações: Ser Mulher
 tel./fax: (24) 523.5282
 e-mail: sermulher@netflash.com.br



Dar à luz

Rede Nacional de Parteiros Tradicionais
 Olinda, ano 4, n° 5, setembro/99

O informativo trimestral da Rede de Parteiros Tradicionais passou por uma reformulação gráfica, para tornar sua leitura ainda mais agradável, além de muito informativa. Outra novidade é a seção de quadrinhos, que irá abordar de forma leve e bem-humorada diferentes assuntos a cada número.

O *Dar à Luz* continua a trazer muitas informações para as parteiras e aliadas/os na luta pela humanização do parto, como as atividades do 28 de Maio, Dia de Luta Contra a Mortalidade Materna, e do 5 de Maio, Dia Internacional da Parteira, além de fornecer dicas de remédios e esclarecimentos sobre tipos de parto e direitos da mulher. Informações: Cais do Parto
 tels./fax: (81) 432.5833 / 432.7803
 e-mail: cais@elogica.com.br

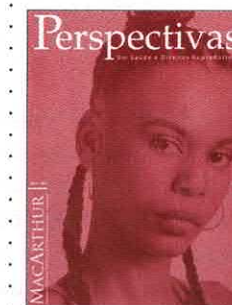
Saúde Natural para Mulheres Grávidas

Elizabeth Burch e Judith Sachs
 São Paulo, Madras, 328 p.

Traduzido do inglês, trata-se de um guia de A a Z contendo informações sobre concepção, gravidez e parto, mostrando como as mulheres podem incrementar sua energia, lidar com os problemas mais comuns e evitar o uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos desnecessários,



assegurando dessa forma seu próprio bem-estar e de seus bebês. Elizabeth Burch é médica naturopata, licenciada em parto natural e professora do Natural College of Medicine. Judith Sachs é autora de 14 livros na área de saúde preventiva e professora do Trenton State College, de Nova Jersey, EUA. Maiores informações: Madras tel.: (11) 6959.1127 fax: (11) 6959.3090



Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos

Fundação MacArthur
 São Paulo, agosto/99, 64 p.

O informativo semestral busca divulgar os trabalhos realizados pelas/os bolsistas apoiadas/os pela Fundação e artigos de intelectuais e ativistas que estão propondo novas formas de abordagem no campo da sexualidade, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. Nessa edição, a publicação traz também uma síntese do último encontro anual da MacArthur e opiniões de colaboradores da Fundação. Informações: MacArthur tel.: (11) 5505.2527 fax: (11) 5505.5316 e-mail: fundmacarthur@originet.com.br

DOSSIÊ 25 DE NOVEMBRO

Violência Contra a Mulher: Interesse de Toda a Sociedade

Neste 25 de novembro, Dia Internacional da Não-Violência Contra as Mulheres, a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos estará divulgando nacionalmente o *Dossiê 25 de Novembro – Violência Contra a Mulher: Interesse de Toda a Sociedade*.

A violência contra a mulher é reconhecida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde. A partir dos anos 80, a violência doméstica passou a ser tratada como questão de saúde da mulher e vem sendo relacionada ao abuso de drogas e álcool, distúrbios gastrointestinais, inflamações pélvicas, doenças pélvicas crônicas, comportamentos prejudiciais à saúde – como sexo sem proteção –, dores de cabeça, asma, ansiedade, depressão e outros distúrbios psíquicos, como tentativas de suicídio.

No caso específico da violência sexual, além de graves transtornos emocionais, pode provocar gravidez indesejada – na maioria das vezes, na adolescência – e aborto, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

Além da violência doméstica, que inclui agressão física, sexual e psicológica, as mulheres ainda sofrem a violência institucional – caso do mau atendimento em serviços de saúde e do assédio sexual no local de trabalho – e as mais diversas discriminações, que vão da dificuldade em ascender a postos de comando ao controle da estética feminina pela ótica masculina.

Desde a I Conferência Mundial da Mulher, realizada em 1975, no México, muitas conquistas foram alcançadas, mas a luta pelo fim da violência contra a mulher permanece um esforço diário. Trata-se de um trabalho integrado do movimento de mulheres e entidades ligadas aos direitos humanos para sensibilizar a sociedade civil e o poder público na erradicação da violência de gênero, que passa necessariamente pelo conhecimento e denúncia do problema e pela transformação das relações entre homens e mulheres.

Preparado especialmente para ser utilizado no trabalho com profissionais de imprensa, o *Dossiê 25 de Novembro – Violência Contra a Mulher: Interesse de Toda a Sociedade* está sendo distribuído às Regionais da Rede Feminista de Saúde, com o objetivo de facilitar o diálogo com a mídia. O *Dossiê* traz diversas informações e dados atualizados sobre violência, no Brasil e no mundo, e também um glossário com definições dos diversos tipos de violência contra as mulheres. Trata ainda da relação entre violência e saúde, da exploração comercial de crianças e adolescentes e de crime sexuais, apontando os instrumentos legais e convenções internacionais e mostrando as iniciativas e programas que estão dando certo no combate à violência.

Dossiê 25 de Novembro

Violência Contra a Mulher: Interesse de Toda a Sociedade

Produção: Regional Pernambuco da RedeSaúde

Mais informações: RedeSaúde

tel.: (11) 813.9767

fax: (11) 813.8578

e-mail: redesaude@uol.com.br



Nos Estados Unidos,

pesquisas indicam que 20% das mulheres sofrem pelo menos um tipo de agressão física infligida pelo parceiro durante a vida. Por ano, entre 3 e 4 milhões de mulheres são agredidas em suas casas por pessoas de sua convivência íntima.

Na Índia, 5 mulheres são assassinadas por dia em consequência de disputas relacionadas ao dote.

Na África, cerca de 6 mil meninas sofrem mutilação genital a cada dia.

Na América Latina e Caribe, de 25 a 50% das mulheres são vítimas de violência doméstica.

Na maioria dos países do Leste Europeu e da ex-União Soviética, a situação das mulheres piorou desde o colapso do comunismo, com um aumento do desemprego e de abusos contra seus direitos.

No Brasil, levantamento realizado pelo Movimento Nacional dos Direitos Humanos indica que, em 1996, 72% do total de assassinatos de mulheres foram cometidos por homens que privavam de sua intimidade.