



JORNAL DA  
**redesaúde**

N.º 22 · novembro 2000

Informativo da Rede Nacional Feminista  
de Saúde e Direitos Reprodutivos

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

**Violência Sexual,  
Violência Doméstica  
e Saúde da Mulher**

**Encarte:**

**Pré-Conferência  
Cultura & Saúde da  
População Negra**

**Saúde da Mulher Negra**



Esta edição do Jornal da Rede é dedicada a dois importantes datas do calendário do movimento pelos direitos de cidadania: 25 de Novembro – Dia Internacional da Não-Violência Contra as Mulheres e 20 de Novembro – Dia Nacional da Consciência Negra.

Para discutir o tema extremamente grave e complexo da violência contra a mulher, o Jornal da Rede convidou diversos/as pesquisadores/as e especialistas para apresentar alguns dos vários cenários e diferentes olhares sobre a questão da violência de gênero e saúde.

Além de trazer uma abordagem social sobre a violência contra a mulher, em artigo assinado por Ana Paula Portella (SOS Corpo), que reflete sobre a legitimação da violência, em especial no contexto doméstico e das relações de gênero, esta edição destaca o trabalho de alguns serviços de atenção à mulher vítima de violência que estão em funcionamento em algumas cidades brasileiras.

Em seus artigos, Márcia Camargo (CFSS-RS) e Gilberta Soares (Cunhã-PB) analisam o processo de implantação dos programas de atenção à violência sexual no país, com destaque para os trabalhos que vêm sendo realizados em Porto Alegre e João Pessoa. Para conhecer de perto a Casa de Saúde da Mulher do Hospital São Paulo, serviço de atendimento a vítimas de violência sexual recém-implantado pela Universidade Federal de São Paulo, o Jornal da Rede enviou a repórter especial Fernanda Pompeu, que escreve sobre o funcionamento da Casa e o trabalho realizado por sua equipe multidisciplinar.

Os ginecologistas Jefferson Drezett e Théo Lerner abordam o tema a partir de suas experiências no trabalho com a violência sexual. Drezett apresenta dados sobre 1.189 meninas e mulheres atendidas no Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente

Foto da Capa: David Lee



Vitimada do Hospital Pérola Byington, em São Paulo, e Théo Lerner reflete sobre o tratamento de crianças e adolescentes em situação de abuso sexual, com base no trabalho realizado pelo Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS), da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A seção Resenha comenta o livro Histórias para Contar, organizado pelas pesquisadoras Analba Brazão e Miriam Grossi, que traz dados e análises sobre a pesquisa "Diagnóstico da Violência Física e Sexual contra o Sexo Feminino na Cidade de Natal", desenvolvida de 1994 a 1999 em um trabalho de parceria entre a Casa Renascer/RN e o NIGS/UFSC.

Como contribuição às atividades em torno do 20 de Novembro – Dia Nacional da Consciência Negra, o Jornal da Rede preparou um encarte sobre a saúde da mulher negra. A primeira parte traz a íntegra do Relatório Final da Pré-Conferência Cultural & Saúde da População Negra, realizada entre 13 e 15 de setembro de 2000, em Brasília – evento que faz parte do processo brasileiro preparatório para a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas de Intolerância, que será promovida pela ONU em 2001, na África do Sul. O encarte traz também artigos assinados pelas pesquisadoras Fátima Oliveira e Ignez Perpétuo, que tratam da saúde da mulher negra e o acesso desigual a serviços de saúde reprodutiva no país.

## SUMÁRIO

3 a 5	O Direito de Tratar da Dor	15 e 16	Tratamento em Situações de Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes
6 a 8	Violência e Saúde: ampliando políticas públicas		Théo Lerner
	Márcia Camargo	17 a 19	Abordagem Social sobre Violência e Saúde das Mulheres
9 a 12	Aspectos Biopsicossociais da Violência Sexual		Ana Paula Portella
	Jefferson Drezett	20 e 21	Resenha: Histórias para Contar
13 e 14	Um Breve Olhar sobre os Programas de Atenção à Violência Sexual: a experiência da Paraíba	22 e 23	Em Pauta
	Gilberta Soares		

### Encarte: Saúde da Mulher Negra

#### jornal da redesaúde

Nº 22 – novembro de 2000  
Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos

Conselho Editorial  
Candida Carvalheira/RJ  
Criméia Shimidt Almeida/SP  
Eunice Guedes/PA  
Fátima Oliveira/MG  
Gilberta Soares/PB  
Jacira Melo/SP  
Márcia Larangeira/PE  
Maria José de Oliveira Araújo/SP  
Rurany Esther Silva/GO

Secretária Executiva  
Maria José de Oliveira Araújo

Coordenação Editorial  
Jacira Melo

Editora  
Marisa Sanematsu

Assistente Editorial  
Eugenia Lisboa Hornem

#### Colaboraram neste número

Fernanda Pompeu  
Márcia Camargo  
Jefferson Drezett  
Gilberta Soares  
Théo Lerner  
Ana Paula Portella  
Valéria Pandjirjian  
Maria Inês da S. Barbosa  
Fátima Oliveira  
Ignez Helena Oliva Perpétuo

Projeto Gráfico e Arte  
Paulo Batista

Fotolito  
Input

Impressão  
Hamburg Gráfica e Editora

Apoio  
Fundação Ford

Secretaria Executiva da RedeSaúde  
Rua Bartolomeu Zunêga, 44  
05426-020, São Paulo/SP, Brasil  
tel.: (11) 3813.9767 / 3814.4970  
fax: (11) 3813.8578  
e-mail: redesaude@uol.com.br  
http://www.redesaude.org.br

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

#### O que é a RedeSaúde?

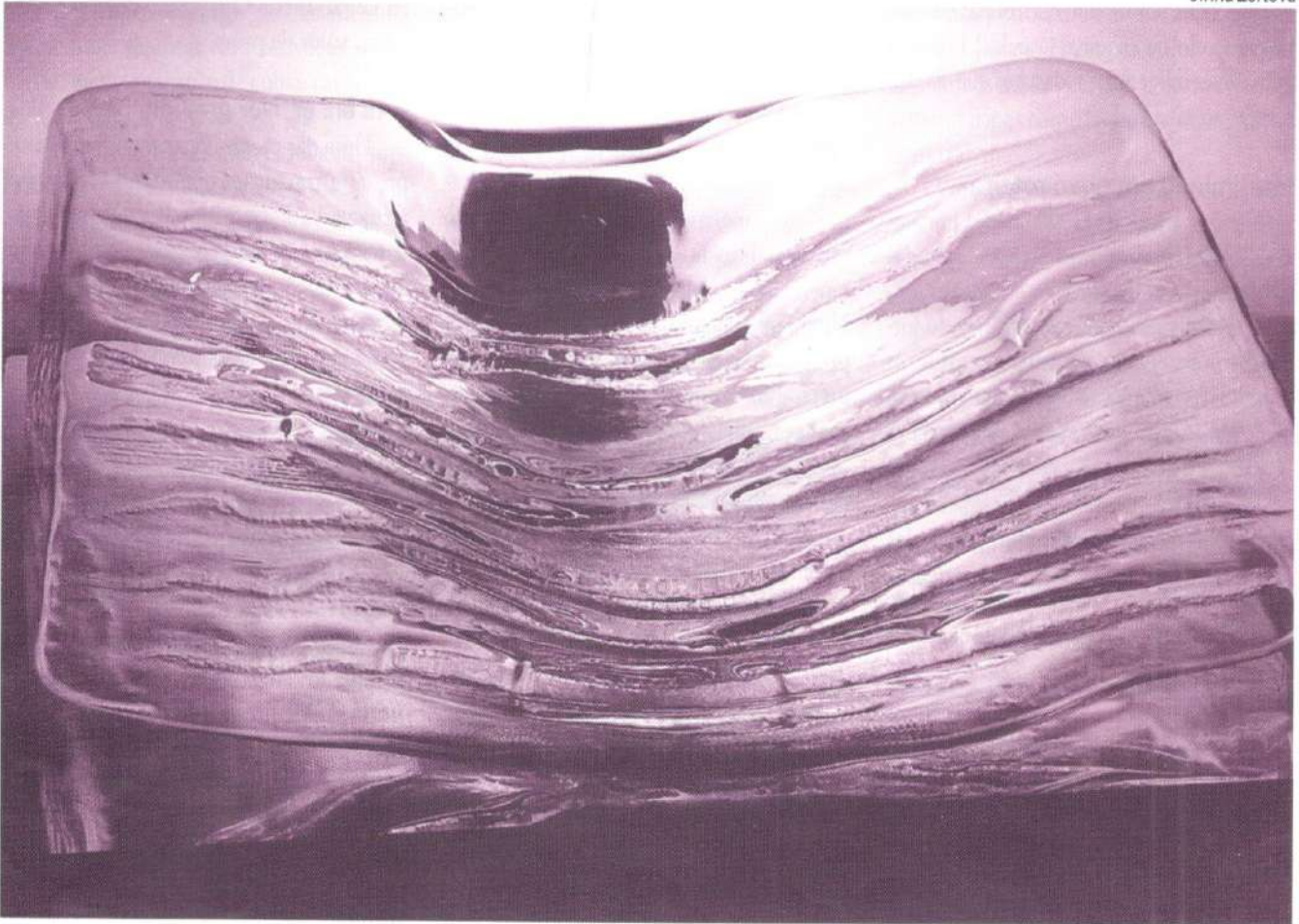
A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil. Fundada em 1991, reúne atualmente 182 grupos feministas e pesquisadoras que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos. Composta por nove Regionais – organizadas nos estados de PA, RS, PE, MG, SP, RJ, PB, GO 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.



## O Direito de Tratar da Dor

Jirina Zertová



*Ampliando e melhorando os serviços prestados há mais de dois anos e meio pelo Programa de Atendimento aos Casos de Violência Sexual do Hospital São Paulo, a Casa de Saúde da Mulher, inaugurada em agosto de 2000, é um centro de referência para a prevenção e o tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.*

*Iniciativa de um dos mais conceituados hospitais-escola do país, esse serviço*

*destaca-se por oferecer um atendimento integral às vítimas de violência sexual e, ao mesmo tempo, buscar promover mudanças em conceitos e mentalidades de profissionais, professores/as e estudantes da área da saúde. Para saber mais sobre esse importante trabalho, o Jornal da Rede foi à Casa de Saúde da Mulher do Hospital São Paulo e conversou com a equipe multidisciplinar que realiza o atendimento às vítimas de violência sexual.*

### **Quando a vítima é quase ré**

Durante séculos, a mulher vítima de uma agressão sexual tinha muito pouco a fazer. O roteiro era o mais ou menos o seguinte: esconder ao máximo a vergonha do acontecido, comentar a agressão com o mínimo de pessoas possível e erguer as mãos em súplica para não estar grávida e nem ter contraído nenhuma doença sexual. Quanto às seqüelas psicológicas, ora, melhor seguir varrendo o chão, areando as panelas, dando duro no escritório e torcer para que o tempo trouxesse o remédio do esquecimento.



O argumento que sustentava esse roteiro estava baseado em culpar, grosseira ou sutilmente, a vítima. As perguntas eram sempre as mesmas: por que ela andava desacompanhada? a que horas? com que roupa? em que descampado ou esquina suspeita? E a pergunta mais cafajeste de todas: por que ela não resistiu ao estuprador?

## Imprimindo um novo roteiro

Graças à luta das mulheres, o horrendo silêncio imposto à vítima e a impunidade presenteada ao agressor começam a ficar mais difíceis. Para isso, está sendo formada uma rede de apoio a mulheres agredidas sexualmente, o que, aliás, é um dever do Estado e um direito da cidadã.

## A Casa é um centro de referência e de contra-referência para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual

Na área da saúde, as mulheres da cidade de São Paulo passam a contar com a Casa de Saúde da Mulher do Hospital São Paulo – vinculado à Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo –, que trabalha com uma equipe multidisciplinar que inclui profissionais e professores/as de medicina, enfermagem, psicologia, assistência social, programação neurolinguística e saúde coletiva.

A Casa é um centro de referência para o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Suas portas estão abertas para receber mulheres encaminhadas pelas delegacias de defesa da mulher e centros de saúde e, também, estão abertas para mulheres que a procuram espontaneamente.

Também é um centro de contra-referência. Assim, embora a Casa não atenda crianças, ela as encaminha para o Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS). Por sua vez, o PAVAS encaminha as adultas para a Casa da Mulher do Hospital São Paulo.

## A importância de acolher

A mulher que depois de um estupro procura por ajuda encontra-se em estado de choque, com medo, culpa, revolta e desespero. A equipe da Casa considera fundamental a acolhida a essa mulher, pois ela precisa sentir receptividade e solidariedade para relatar, não o roubo de uma bolsa ou de um carro, mas o roubo de sua intimidade.

Em termos práticos, a mulher precisará contar apenas uma vez a ocorrência do estupro. Isso faz muita diferença, pois ameniza o constrangimento da situação. Uma vez relatada, a história vai para o prontuário e os/as outros/as profissionais precisarão apenas lê-lo, evitando as mesmas perguntas.

## Primeiras medidas

É muito importante que a mulher que sofreu uma agressão sexual procure o serviço de atendimento o mais prontamente. De preferência, em um prazo de até 72 horas (três dias). Isso porque as primeiras medidas de ajuda a essa mulher correm contra o relógio. A contracepção de emergência, no caso de a mulher não estar utilizando contraceptivos eficazes, só pode ser ministrada até 72 horas após o contato sexual. Ao utilizá-la, a mulher pode evitar a gravidez. Nesse primeiro momento, a mulher também recebe medicamentos para prevenção de DSTs e AIDS.

Claro que as mulheres que procurarem o serviço depois de 72 horas da violência sexual serão, também, prontamente atendidas. Na Casa da Mulher do Hospital São Paulo, ao lado das providências clínicas, a mulher recebe orientação sobre os próximos passos a serem dados. Por exemplo, é explicada a importância de ela fazer um Boletim de Ocorrência (B.O.) em uma delegacia, uma vez que o agressor é um criminoso e é direito da vítima registrar a queixa. Para uma futura identificação do estuprador é valiosa a coleta de secreções seminais para a comparação do DNA. Na consulta com a médica ou o médico, a secreção é colhida e anexada ao prontuário

da vítima. Lesão vaginal e outros ferimentos são detalhadamente anotados.

Um dado importante: caso não queira, a mulher não precisa ir ao Instituto Médico Legal (IML). O atestado do/a médico/a tem valor de prova.

## E se ela estiver grávida?

Uma das piores consequências do estupro é a gravidez. Por um lado, ela surge indesejada. Por outro, é fruto de uma violência. O Código Penal brasileiro garante a interrupção da gravidez decorrente de estupro. É o chamado aborto legal, também garantido quando a gestante corre risco de vida.

Um dado importante:  
caso não queira, a mulher  
não precisa ir ao IML

Na Casa, a mulher é informada do seu direito de interromper a gravidez, se ela assim o desejar. As condições para o abortamento são as mais adequadas, isto é, com toda assistência médica e psicológica, sem questionamentos ou constrangimentos.

No entanto, no Hospital São Paulo, o prazo para realizar um aborto legal é de 12 semanas de gestação. Passado esse prazo, a mulher não poderá abortar nesse serviço, mas contará com pré-natal e atendimento psicológico personalizados e ajuda em um possível processo de doação do bebê.

Nunca é demais frisar que a decisão pela interrupção ou não da gravidez, ou pela doação ou não do bebê, cabe exclusivamente à mulher. A equipe da Casa está preparada para agir em todos esses casos.

## Em marca de violência sexual, não adianta colocar band-aid

A violência sexual contra mulheres pode acontecer na rua ou em casa. O agressor



## VIOLÊNCIA SEXUAL

pode ser um estranho ou um conhecido. Pode ser um vizinho ou um parente. As psicólogas da Casa da Mulher do Hospital São Paulo são unânimes em afirmar que as mulheres violentadas que procuram ajuda apresentam algumas características recorrentes: medo, sensação de culpa, raiva, perda do equilíbrio interior etc.

Após a violência, muitas relatam problemas de relacionamento no trabalho e em casa. Muitas omitem a violência sofrida da família e, em alguns casos, até do parceiro.

Essa falta de comunicação aumenta a sensação da mulher de estar sozinha na situação. A existência de um atendimento continuado e personalizado acaba amenizando de forma eficaz esse sentimento de solidão.

Ser ouvida, e não julgada, é a receita número um para o restabelecimento do equilíbrio psíquico de quem foi vítima de uma violência sexual.

Quando uma mulher chega na Casa, ela é informada que, se quiser, poderá contar com um atendimento continuado, isto é, terá apoio psicológico pelo tempo que for preciso, para que ela possa se reerguer e caminhar com segurança.

O atendimento psicológico coloca ênfase na desculpabilização da mulher. Não é uma tarefa fácil, pois somos filhos e filhas de uma cultura machista que outorga aos machos um tesão irrefreável, que os torna capazes de estuprar para se satisfazerem. E outorga às fêmeas o dever de esconder-se de uma "ameaça natural".

Haja vista que, no limiar do século 21, um personagem da novela das oito, ao comentar o estupro sofrido por uma moça, saiu-se com esse torpede: "também, pudeira, com essa sainha curta, ela estava procurando..." O mais grave é que, na trama, ninguém revidou a fala. Passou batido.

### De olho no futuro

Além do apoio psicológico, as mulheres vítimas de violência sexual contam com a ajuda de uma programadora neurolinguística. Sempre objetivando a reestruturação da pessoa, a programação neurolinguística trabalha para ampliar a percepção dos cinco sentidos e para obter uma melhoria da expressão. Em outras palavras, a questão é ajudar a mulher a olhar para frente, saindo da situação de crise e armazenando forças para voltar ao seu cotidiano.

### O atendimento psicológico coloca ênfase na desculpabilização da mulher

O trabalho da equipe multidisciplinar da Casa de Saúde da Mulher do Hospital São Paulo é também um reforço à autoestima da mulher agredida sexualmente e um esforço de chamar a atenção para os direitos cidadãos e humanos das mulheres.

### Acorda, Brasil: é preciso fazer muito mais

Em todo o país, existem somente 17 serviços de atendimento aos casos de violência sexual contra mulheres e adolescentes. É muito pouco. Há estados que não contam com nenhum serviço e outros que fazem das tripas coração para apresentar um bom trabalho.

O movimento de mulheres, os/as profissionais de saúde e do direito, os partidários e partidárias da democracia e da cidadania devem unir esforços para a implementação desse tipo de serviço.

E, quem sabe, lá no futuro, esse atendimento não precise mais ser feito. Quem sabe chegue o dia em os estupradores serão vistos da forma como vemos os bárbaros da antiguidade. E as mulheres e as crianças possam finalmente viverem livres de violências.

Fernanda Pompeu, *especial para o Jornal da Rede.*

Esta matéria só foi possível porque contou com a colaboração inestimável das seguintes integrantes da equipe multiprofissional da Casa de Saúde da Mulher do Hospital São Paulo:

Analise Rielde Abrahão, enfermeira

Diana Ostam Raminini, programadora neurolinguística

Eleonora Menicucci de Oliveira, socióloga

Fátima Ferreira Bortoletti, psicóloga

Lúcia Maria Ramos de Almeida, assistente social

Rosana Machin, socióloga

Sonia Marques Rocchetto, enfermeira assistencial

### Casa de Saúde da Mulher Prof. Dr. Domingos Delascio

Rua Borges Lagoa, 418 - São Paulo/SP

Funcionamento: de segunda-feira a sexta-feira, das 7h às 16h

Fora dos dias e horários de funcionamento, a mulher que sofre uma violência sexual pode procurar o Pronto-Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital São Paulo - rua Pedro de Toledo, 650. O Pronto-Socorro está preparado para os procedimentos de emergência e encaminhará a mulher para o próximo atendimento na Casa de Saúde da Mulher.



## Violência e Saúde: ampliando políticas públicas

Márcia Camargo\*

A partir das grandes lutas e desafios da década de 80 no Brasil, o movimento feminista adotou uma postura firme no sentido de levar à realidade políticas públicas originadas nas principais reivindicações das mulheres brasileiras: direito à saúde, enfrentamento à violência contra a mulher e direito à participação política igualitária nos espaços democráticos que se abriram como conquista das lutas populares.

As primeiras propostas desenharam-se no campo da saúde, representadas pela grande conquista que foi o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher). No campo da representação política, no qual os avanços têm sido bem mais difíceis e tortuosos, estabeleceram-se conselhos da condição feminina, assessorias, coordenadorias e outras formas de representação governamental, além de uma representação legislativa que tem como principal conquista a luta pela presença feminina não menor que 30% nas novas candidaturas parlamentares, em todos os níveis.

Estas lutas e conquistas têm recolocado muitos temas e renovado dúvidas e convicções. Um dos campos em que a discussão do movimento feminista e do conjunto das organizações e representações das mulheres mais tem sofrido mudanças, questionamentos e conflitos é o da violência. Estas mudanças e conflitos originam-se, de um lado, como manifestação da vivência na implementação e gestão de políticas públicas sobre um tema absolutamente novo no âmbito do Estado e, de outro, na própria expressão do paradigma predominante até então, que relegava a violência contra a mulher a um problema privado.

É neste novo cenário que podemos desenvolver uma política pública de enfrentamento à violência que transcenda os li-

mites das equações fechadas: vítima x algoz, público x privado, entre outras, passando a compreender e interagir sobre a violência como um problema relacional que tem em seu vértice a dominação-exploração sofrida pelas mulheres nos diferentes âmbitos da vida social. Nesta nova compreensão, abrem-se os espaços à reflexão sobre o vitimismo, a rigidez dos papéis sociais e afetivos atribuídos a homens e mulheres e mesmo a visão meramente punitiva operada (e levada à consequência apenas como canalizadora da demanda ao âmbito policial) pelo próprio Estado, sem obter uma real reparação à vítima e uma reabilitação social do agressor. Diante desta nova visão do problema, as políticas de saúde descortinam possibilidades mais amplas.

---

A produção social da violência  
no âmbito das relações de  
gênero começou a ser  
compreendida mais recentemente

---

Até a década de 80, não só no Brasil, mas como fenômeno mundial, as ações de enfrentamento à violência contra a mulher eram centradas na punição do agressor, através das ações policiais e judiciais. Esta visão, insuficiente para atingir o centro do problema, acabava por reificar as fantasias em torno do caráter dos atos violentos, como produto de descontrole, anormalidade e outras características imputadas ao agressor, de um lado, e incapacidade e passividade da vítima, de outro.

A produção social da violência no âmbito das relações de gênero começou a ser

compreendida mais recentemente. Junto destas novas concepções desenvolveram-se também visões menos maniqueístas e com menor carga de automatismo na solução do problema. Com estas novas referências construíram-se novas políticas, mais amplas e integrais frente aos desafios do tema. Um destes novos instrumentos é a ação na área de saúde. Para facilitar esta ação e respaldar os/as profissionais, está sendo elaborado um protocolo dirigido à rede básica de saúde e distribuído pelo Ministério da Saúde a todos/as os/as profissionais, que busca dimensionar o problema no âmbito da saúde pública e auxiliar no diagnóstico e abordagem.

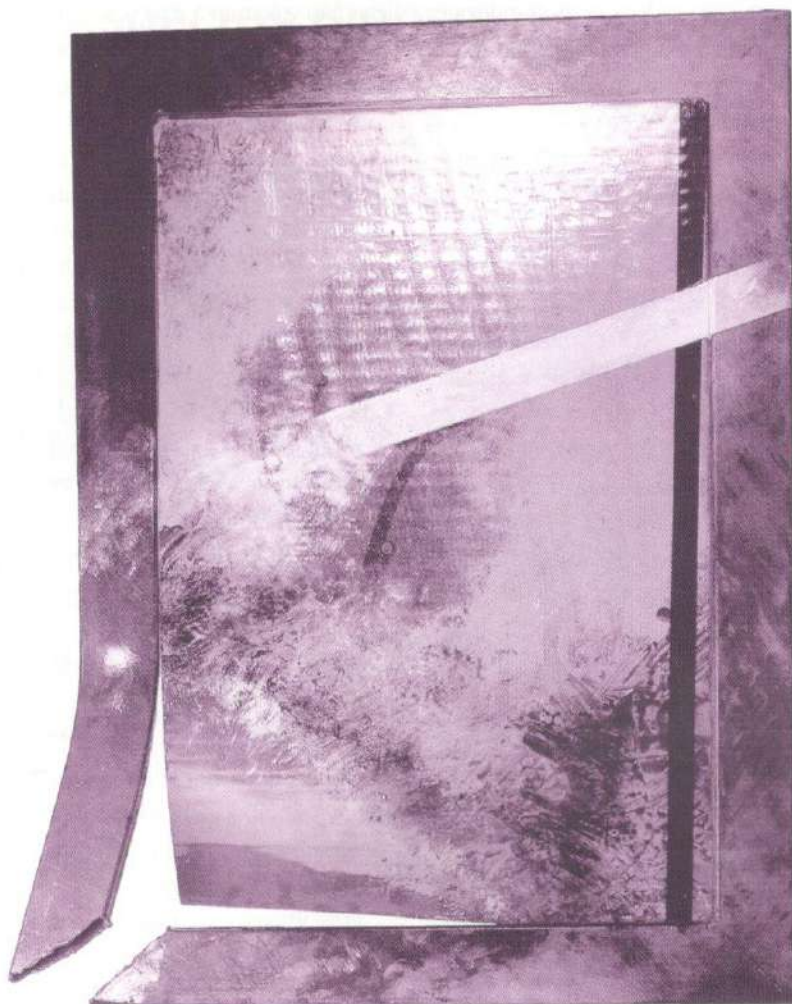
### Três recortes para contextualizar o problema

**1. Agravos causados pela violência de gênero à saúde individual e coletiva**, repercutindo em perdas potenciais para as mulheres em vários campos, e suas implicações para a saúde e qualidade de vida. Estas perdas repercutem no desenvolvimento pessoal, no desenvolvimento social e econômico e no *gap* entre os direitos anunciados e aqueles realmente usufruídos pelas mulheres, atingindo assim, como ponto de conflito, os paradigmas da sociedade atual e apontando para a construção de novos paradigmas que dêem conta dos anseios das mulheres por uma sociedade solidária.

Estudos mundiais demonstram que 1 em cada 4 mulheres adultas em países industrializados sofre violência. Em contextos específicos a violência pode atingir massivamente as mulheres, como nas situações de conflitos armados, caso recente dos Balcãs, onde o estupro foi utilizado como arma de guerra e instrumento de violência racial e étnica. Ou nos casos de países que adotam religiões fundamentalistas, onde



Eliska Rozátová



práticas culturais e religiosas levam à violência contra praticamente todas as mulheres, como é o caso das mutilações genitais em algumas sociedades, que hoje atingem 130 milhões de mulheres e meninas em todo o mundo. Ou na vigência de tradições culturais de posse sexual forçada e rapto de meninas-esposas, para a imposição de casamentos arranjados por interesses econômicos. Esta breve avaliação evidencia a extensão e a predominância da violência em sociedades contemporâneas, revelando o que se caracteriza como uma verdadeira epidemia.

No Brasil, recente pesquisa da revista *Marie Claire* apontou o número de 11 mil estupros registrados em um ano em doze grandes cidades e o de 1 agressão a cada 4 minutos. Em dados nacionais de 1992 coletados junto a delegacias da mulher e outras, foram contabilizados 205 mil regis-

tros de agressões. Mas é o nosso próprio testemunho, no trabalho com as mulheres, que nos permite alcançar a dimensão deste problema – são casos que chegam diariamente. Pela falta de uma metodologia de registro nacional, tanto na área da segurança como na área da saúde, o número de homicídios é sempre diminuído e menos-prezado. Em Goiás, de janeiro a março de 2000, foram relatados dezessete casos de assassinatos de mulheres.

O impacto da violência como causadora de doença para as mulheres pode ser dimensionado pelo número de anos de vida saudável perdidos: um ano de vida saudável perdido em cada cinco(!), para mulheres entre 15 e 44 anos, segundo dados de 1993 do Banco Mundial, em estudo organizado por Lori Heise. A violência representa para a saúde da mulher uma carga negativa de peso simi-

lar ao HIV, às doenças cardiovasculares, aos cânceres e à tuberculose.

As mulheres que sofrem violência apresentam doenças em razão disso: os traumas (quebraduras, torções), em especial o trauma neurológico, por pancadas na cabeça, quedas, empurrões; as gravidezes indesejadas e repetidas com curto espaçamento; as doenças sexualmente transmissíveis; as hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias; os distúrbios gastrointestinais que se cronificam; e os danos psicológicos causados pelo *stress* constante, que podem levar à depressão e ao suicídio.

**2. Reconhecimento social e político da violência de gênero como fenômeno relevante na vida da sociedade,** que impossibilita setores importantes da população de terem acesso aos direitos de cidadania e, portanto, que distancia estes setores da democracia. Este reconhecimento é fator fundamental para o desenvolvimento de ações e políticas públicas relativas ao enfrentamento da violência; e, sobretudo, é importante no caminho de sua não-aceitação pela sociedade, o que implica o enfrentamento de mitos, fantasias, normas ou tradições, que constituem o imaginário social sobre o problema da violência contra a mulher e também o imaginário e as práticas e posturas dos/as profissionais de saúde.

**3. Experiências de assistência** a pessoas em situação de violência são um novo elemento indicativo das possibilidades que se abrem para a abordagem do problema nos e pelos serviços de saúde. No contexto social brasileiro, ampliar a atuação pública sobre a violência, saindo do limite da ação policial ou jurídica, ambas centradas na condenação e punição, é muito importante para dar consequência à própria visão de saúde integral que o movimento de mulheres propôs ao Estado através do PAISM. Se o caminho seguido pelo PAISM, segundo a visão crítica hoje assumida, apontou para ações centradas sobre o controle da reprodução, por problemas políticos e estruturais, hoje nós temos a perspectiva de



revisá-lo e renová-lo. Apresentar propostas para o desenvolvimento de ações na área da violência faz parte desta renovação, apontando para o resgate de ações integrais.

### Estudos demonstram a pertinência do tema

Os maiores passos dados na direção do enfrentamento à violência têm sido precedidos pela ação das próprias mulheres. Por exemplo, a partir de 1990, vários organismos internacionais de âmbito mundial na área da saúde passaram a reconhecer a violência como problema de saúde. Isso se deu a partir da Década da Mulher e de todas as mobilizações sociais, particularmente na América Latina, denunciando o tema. Estas lutas originaram tratados, convenções e declarações de grande importância para o reconhecimento social, político e científico do tema.

Em 1991, a Organização Pan-Americana de Saúde em seu relatório "Las Condiciones de Salud en las Américas", pela primeira vez em um documento diretivo e global, reconheceu a violência como causa de adoecimento das mulheres. Tomamos muitas vezes este documento como marco em nossa luta pela implementação de políticas públicas na área da saúde e, particularmente, na defesa da concepção de uma assistência integral à saúde que inclua ações sobre a violência.

O reconhecimento da violência de gênero como problema de saúde ainda encontra resistência. Esta resistência vem da articulação dos fatores já antes mencionados – sociais, culturais e políticos em uma sociedade patriarcal –, mas também de uma concepção compartimentalizada e medicalizada, que se expressa nas práticas profissionais meramente prescritivas, na desvalorização do sentimento e do relato da paciente e na imposição de condutas massificantes e clinicamente inadequadas. Três estudos são referências importantes na revelação destas práticas:

- Flitcraft e Stark, em 1981, observaram a emergência médica do Hospital da

Universidade de Yale, encontrando que 1 em cada 5 mulheres buscara o serviço de emergência em pelo menos onze oportunidades, apresentando sintomas de violência continuada, não diagnosticados no atendimento;

- Lisbeth Bang, em 1986, atendeu a 141 casos de violência sexual no serviço municipal de emergências em Oslo, Noruega; desse total, 92% acometendo mulheres. Foi um número surpreendente para todos. Sua iniciativa, segundo relata, motivou e responsabilizou profissionais, após um longo debate, originando todo um sistema municipal de apoio. O estudo indica que 80% das pessoas que sofreram violência sexual apresentaram sintomas de *stress* pós-traumático;
- a Associação Médica Americana divulgou, em 1992, que entre 22% e 35% das mulheres que recorrem a serviços de emergência em áreas urbanas dos EUA exibem sintomas relacionados com o abuso contínuo.

Em 1991, a OPS reconheceu, pela primeira vez em um documento diretivo e global, a violência como causa de adoecimento das mulheres

### O seguimento de uma experiência em saúde integral

A Casa de Apoio Viva Maria, implantada em 1992 na rede de saúde em Porto Alegre, desenvolveu um projeto centrado sobre a saúde integral, vinculando os atendimentos dentro de uma rede que vai desde as delegacias, conselhos tutelares, unidades básicas de saúde e hospitais. Em 1999, 54 famílias propuseram-se a participar do trabalho de avaliação e acompanhamento. Com dados quantitativos e qualitativos, obtidos através de depoimentos pessoais, visitas domiciliares e reuniões com grupos de ex-moradoras, focadas sobre diferentes temáticas, encontramos que 67%

delas não voltaram a relações violentas ou repetiram a violência em suas novas relações. Dezesete por cento repetiram.

As mulheres ouvidas atribuíram sua mudança: a uma escuta aberta por parte da equipe, não julgadora ou punitiva, criando confiança e força no vínculo com a Casa e o Programa; ao auto-reconhecimento e auto-estima, desenvolvidos no acolhimento atencioso e no cuidado e respeito às suas decisões; ao reconhecimento, por parte das moradoras da Casa, de medos e mitos para além da experiência individual, identificando a violência como processo coletivo das mulheres; à vivência em um espaço de não-violência, negociando regras e limites na convivência; ao reconhecimento da violência como parte de sua própria experiência de vida, de casal, e, portanto, vendo-se como parte do problema, em um primeiro momento, e capacitando-se a reconhecer seu papel, em um segundo momento, assumindo papéis e fazendo planos e compromissos próprios, sem a condição de tutelada pelo homem.

Estes valores e vivências são desenvolvidos em um conjunto de interações e intervenções, como: a escuta individual; os grupos de auto-ajuda; a mediação nos diálogos com o parceiro e os filhos; articulação e acesso a serviços e recursos através de uma rede de apoio mais ampla, social, jurídica etc.

O objetivo de desenvolver um protocolo de atendimento a ser adotado na rede básica de saúde é justamente reforçar estas novas práticas e fortalecer políticas públicas para a prevenção e assistência às pessoas em situação de violência no âmbito da rede de saúde, de forma sistêmica, responsabilizando os diferentes níveis e serviços, além de possibilitar que o diagnóstico e abordagem obtenham respaldo de uma rede institucional mais ampla, envolvendo toda a sociedade.

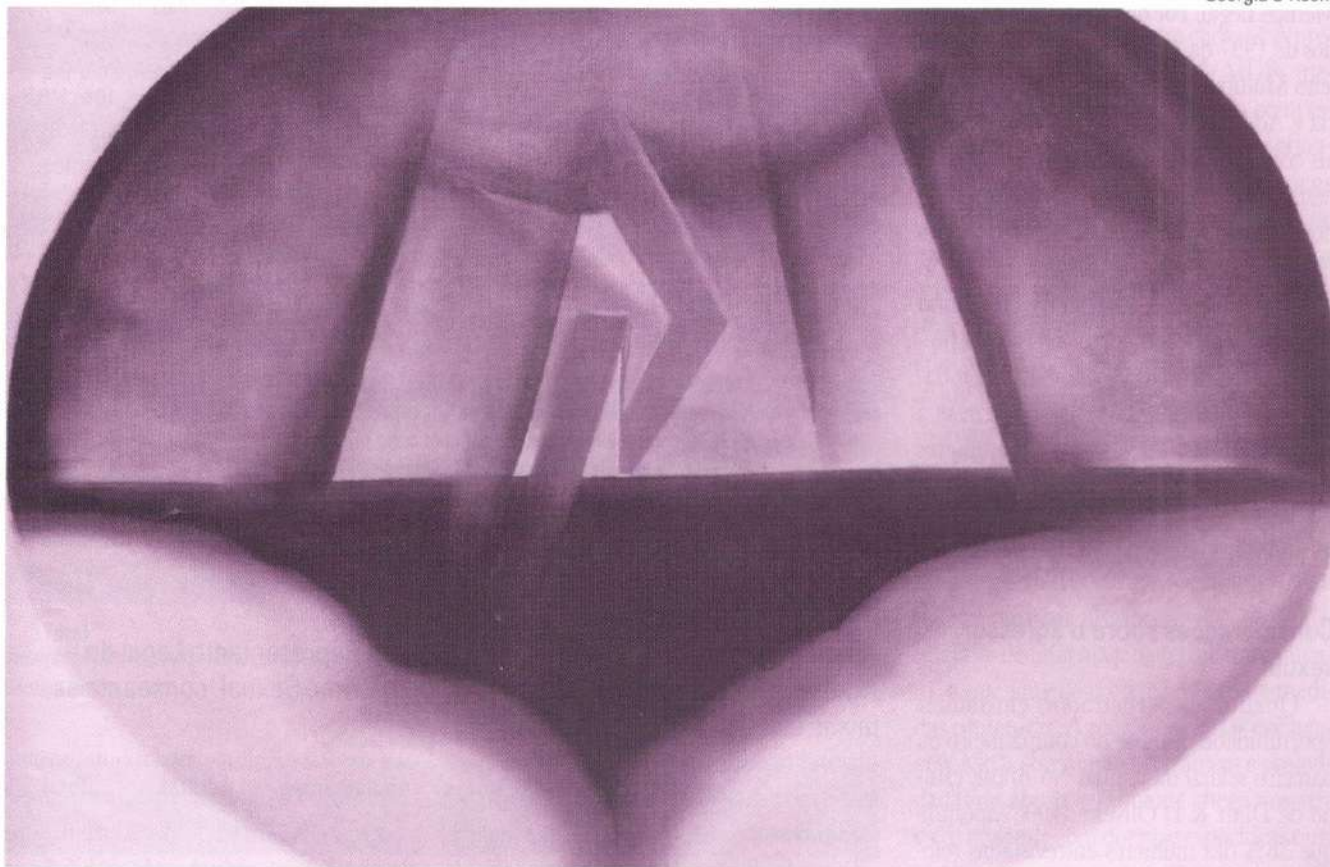
\* Márcia Camargo é jornalista e membro do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de Porto Alegre/RS.  
E-mail: camargo@ceee.com.br



## Aspectos Biopsicossociais da Violência Sexual

Jefferson Drezett\*

Georgia O'Keeffe



A violência contra a mulher pode ser definida como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em desigualdade. Consiste na maneira pela qual os homens exercem controle sobre as mulheres, castigando-as e socializando-as dentro de uma categoria subordinada. O abuso sexual é considerado uma forma de violência de gênero que corporifica a sexualidade que é exercida como forma de poder. Acredita-se que, em nossa sociedade, o abuso sexual possa ser tão comum quanto o grau de supremacia masculina existente.

A verdadeira incidência dos crimes sexuais é desconhecida, acreditando-se ser essa uma das condições de maior subnotificação e sub-registro. Nos EUA, calcula-se que apenas 16% dos estupros são comunicados às autoridades. No incesto, estes percentuais não chegam aos 5%. No Bra-

sil, acredita-se que a maior parte das mulheres não registre queixa por constrangimento e medo de humilhação, somados ao receio da falta de compreensão ou interpretação dúbia do parceiro, familiares, amigos, vizinhos e autoridades. Também é comum que o agressor formule ameaças à integridade física da vítima ou de algum familiar, caso o ocorrido seja revelado. Apesar do tímido percentual de denúncias, a agressão sexual é um crime que vem sendo cada vez mais reportado e que, segundo estimativas, acomete 12 milhões de mulheres, a cada ano, em todo o mundo. Nos EUA, calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6,4 minutos e que uma em cada quatro mulheres já tenha experimentado um contato sexual não-consentido durante a infância ou adolescência.

O abuso sexual é um fenômeno univer-

sal que atinge indistintamente todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Ocorre em populações de diferentes níveis de desenvolvimento social e econômico, em espaços públicos ou privados e em qualquer etapa da vida da mulher. No entanto, há predominância desses crimes entre as mais jovens ou adolescentes. No Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente Vitimada, em funcionamento no Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, de São Paulo, temos constatado o domínio dos crimes sexuais entre adolescentes com idades entre 15 e 19 anos e entre adultas jovens, com menos de 24 anos.

### Tipificação dos crimes sexuais

Atualmente, os termos "abuso", "agressão" e "violência" sexual são utilizados de forma genérica, tanto nos casos de estupro



como nos de atentado violento ao pudor (AVP), uma vez que não alteram a conduta clínica. Em São Paulo, o estupro constitui 60% das queixas apresentadas ao Instituto Médico Legal. Por outro lado, segundo dados de 1997 da Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência), 70% dos crimes sexuais contra crianças relacionam-se ao AVP, destacando-se a masturbação da criança ou do agressor. A experiência do serviço no Hospital Pérola Byington tem mostrado que, enquanto nas adolescentes e adultas predomina o estupro, entre as crianças prevalece o AVP, conforme a Tabela 1. Os dados apresentados neste artigo referem-se a 1.189 meninas, adolescentes e mulheres adultas atendidas no Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente Vitimada de julho de 1994 a agosto de 1999.

**Considerações sobre o agressor sexual**

Quanto ao perpetrador, em muitas oportunidades trata-se do companheiro ou parceiro sexual da vítima. No Brasil, estudo de Diniz & D'Oliveira (1998) apontou que 38% das mulheres entrevistadas referiram terem sido submetidas a alguma forma de violência física, psicológica ou sexual por parte de seu companheiro.

Entre quase 1.200 pacientes atendidas no serviço do Hospital Pérola Byington, temos observado que, enquanto o agressor desconhecido associou-se à maioria dos casos entre adolescentes (86,6%) e adultas (88,1%), nas crianças observou-se a inversão dessa relação (15,5%) (Tabela 2). Para elas, o perpetrador pôde ser identificado na maioria dos casos.

Em nossa experiência, a tipificação do agressor conhecido apresenta importante variação quando analisada nos diferentes grupos etários (Tabela 3). Nas crianças temos observado ser significativa a participação de membros da família ou de pessoas a ela aparentadas. Nas adultas, essa proporção é expressivamente menor, prevalecendo um morador da vizinhança. Também

**Tabela 1 – Tipo de Crime Sexual Perpetrado, consoante as faixas etárias estudadas**

Tipo de Crime Sexual	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
estupro	12	16,9	323	59,2*	355	62,1*	690	58,0
estupro + AVPA	5	7,0	83	15,2	69	12,1	157	13,2
estupro + AVPO	3	4,2	51	9,3	50	8,7	104	8,7
estupro + AVPA + AVPO	1	1,4	39	7,1	58	10,1	98	8,2
AVPA	13	18,3	24	4,4	27	4,7	64	5,4
AVPO	4	5,6	7	1,3	9	1,6	20	1,7
outro tipo de AVP	33	46,5*	19	3,5	4	0,7	56	4,7
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>546</b>	<b>100</b>	<b>572</b>	<b>100</b>	<b>1.189</b>	<b>100</b>

Teste de  $\chi^2$   $\chi^2$  calculado = 350,82\* ( $p < 0,001$ )  $\chi^2$  crítico = 21,03

Legenda: AVPA: atentado violento ao pudor com coito anal  
AVPO: atentado violento ao pudor com coito oral  
AVP: atentado violento ao pudor diferente do AVPA e do AVPO

Fonte: Jefferson Drezett, "Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas". Tese de doutorado (Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil), São Paulo, 2000.

**Tabela 2 – Conhecimento pela Vítima ou seu Representante Legal do Agressor Referido como Responsável pelo Crime Sexual, consoante as faixas etárias estudadas**

Agressor	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
desconhecido	11	15,5	395	86,6*	504	88,1*	910	76,5
identificável	60	84,5*	151	13,4	68	11,9	279	23,5
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>546</b>	<b>100</b>	<b>572</b>	<b>100</b>	<b>1.189</b>	<b>100</b>

Teste de  $\chi^2$   $\chi^2$  calculado = 195,33\* ( $p < 0,001$ )  $\chi^2$  crítico = 5,99

Fonte: Drezett, 2000.

temos observado que o agressor único é o mais freqüente em todos os grupos etários, em mais de 90% dos casos.

**Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**

A aquisição de uma DST em decorrência do abuso sexual pode implicar severas conseqüências físicas e emocionais. Atualmente, a principal preocupação entre as vítimas adultas de agressão sexual é a possibilidade de se infectar pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV. Entre 28% a 60% das vítimas de violência sexual

serão infectadas por uma DST. A taxa de infecção por gonorréia pode variar entre 0,8% a 9,6%; entre 1,5% a 26% para clamídiase; de 3,1% a 22% para tricomoníase; de 12% a 50% para vaginose bacteriana; de até 1,6% para treponema; de 2% a 40% para o papiloma vírus humano (HPV); e de 3% para hepatite B. A ocorrência de infestações por pediculose é referida entre 1% e 2%.

O risco de contaminação pelo HIV na violência sexual depende da condição sorológica do agressor, do tipo de violência perpetrada e do número de agressores. Os



**Tabela 3** – Tipificação do Agressor Identificado como Responsável pela Perpetração do Crime Sexual em 281 Pacientes, consoante as faixas etárias estudadas

Agressor	Crianças		Adolescentes		Adultas		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
pai biológico	13	21,7	21	13,9	6	8,9	40	14,2
padrasto	10	16,7	16	10,6	0	0	26	9,3
pai adotivo	1	1,6	0	0	0	0	1	0,3
tio	7	11,6	14	9,4	1	1,4	22	7,8
avô	6	10,0	0	0	1	1,4	7	2,5
irmão	0	0	7	4,6	0	0	7	2,5
primo	0	0	5	3,4	1	1,4	6	2,2
vizinho	10	16,7	42	27,8	19	27,9	71	25,3
ex-parceiro	-	-	9	5,9	10	14,8	19	6,8
parceiro atual	-	-	4	2,6	7	10,4	11	3,9
conhecido do trabalho	-	-	8	5,3	5	7,3	13	4,6
outro conhecido	13	21,7	25	16,5	18	26,5	56	19,9
Total	60	100	151	100	68	100	281	100

Fonte: Drezett, 2000.

poucos estudos bem conduzidos a esse respeito apresentam taxas de soroconversão entre 0,8% e 1,6%. Entre as crianças, a possibilidade de adquirir a infecção pelo HIV é cada vez mais reconhecida.

Grande parte das DSTs decorrentes do abuso sexual poderia ser evitada com o oferecimento de medicamentos e imunobiológicos específicos. Hepatite B, gonorréia, sífilis, clamídiase, tricomoníase, donovanose

e cancróide, entre outras, poderiam ser evitadas com o uso de medicamentos de reconhecida eficácia, quando administrados precocemente. No entanto, para doenças virais como a hepatite C, HPV e herpes genital não há, atualmente, agentes eficazes. A prevenção da infecção pelo HIV/AIDS, apesar de necessitar de estudos mais complexos, tem sido oferecida às mulheres e crianças com o uso de quimioprolifáticos antiretrovirais, à semelhança do modelo de prevenção do acidente ocupacional para trabalhadores da saúde com material biológico contaminado pelo HIV. O modelo adotado no serviço do Pérola Byington para o uso de agentes profiláticos pode ser observado na Tabela 4.

Lamentavelmente, pouco tem sido feito pelas vítimas de violência no sentido de protegê-las das DST/AIDS. É certo que grande parte das vítimas de abuso sexual recorre tardiamente aos serviços de saúde, por falta de informação ou constrangimento, o que impede o oferecimento de medidas protetoras. A maior parte das crianças envolvidas com situações crônicas e prolongadas de abuso geralmente chega aos serviços de saúde com doenças específicas que, muitas vezes, encontram-se em adiantada evolução clínica. Para essas situações, cabe

**Tabela 4** – Modelo de Profilaxia para as DST/AIDS Utilizado pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher, Hospital Pérola Byington, São Paulo

Medicamento	Administração			Início em até
Zidovudina	200 mg	VO	3 vezes ao dia	4 semanas 72 horas
Indinavir	800 mg	VO	cada 8 horas	4 semanas 72 horas
Lamivudine	150 mg	VO	2 vezes ao dia	4 semanas 72 horas
HIBG	0,06 a 0,08 ml/Kg	IM		dose única 72 horas
Vacina para hepatite B	1 ampola	IM		3 doses 72 horas
Ceftriaxone	1,0 g	IM		dose única 7 dias
Azitromicina	1,0 g	VO		dose única 7 dias
Secnidazol	2,0 g	VO		dose única 7 dias

Legenda: VO: via oral

IM: intramuscular

Fonte: Baldacini, I.; Drezett, J.; Miranda, S.D.; Nisida, I.V.V.; Caballero, M.; Barros, A.C.S.D.; Pinotti, J.A. "Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres vítimas de violência sexual: um modelo de profilaxia", 1997.



## VIOLÊNCIA SEXUAL

apenas o diagnóstico e tratamento apropriados, visando obter-se a cura ou a redução dos danos eventualmente já estabelecidos. Apesar disso, é expressivo o número de casos nos quais se recorreu aos serviços de saúde em tempo hábil para o oferecimento de medidas protetoras. No entanto, menos de 5% das mulheres brasileiras e 25% das norte-americanas recebem alguma medida considerada efetiva para a profilaxia das DST/AIDS em caso de violência sexual.

### Gravidez decorrente de estupro

Entre as conseqüências da violência sexual, a gravidez destaca-se pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que determina. Geralmente é encarada como segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. A taxa de gravidez por estupro varia entre 1% e 5%, estimando-se algo como 32.000 gestações decorrentes de estupro, a cada ano, apenas nos EUA.

O exato destino dessas gestações ainda é pouco conhecido. Na hipótese da opção pela interrupção, a forma e segurança do procedimento dependerão das condições econômicas da mulher, bem como de leis mais ou menos restritivas ao aborto às quais esteja submetida.

No Brasil, apesar do Código Penal não punir o abortamento nesses casos, há quase 60 anos a interrupção dessas gestações tem sido feita de forma excepcional pelos serviços públicos de saúde. Até o início da década de 80, a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) era o único serviço que realizava a interrupção dessas gestações. Apenas em 1989 foi implantado o primeiro programa público para atender a essas mulheres, no Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, em São Paulo. Trilhando o exemplo dessas instituições, atualmente mais de 30 hospitais brasileiros oferecem a possibilidade de interrupção das gestações decorrentes de estupro.

No país, a técnica de escolha para a interrupção das gestações com até 12 semanas é a aspiração manual intrauterina (AMIU). Esse procedimento, além de mais eficiente

que a dilatação e curetagem, promove menores taxas de acidentes cirúrgicos e hemorrágicos, menor necessidade de anestesia, menor tempo de internação e redução dos custos hospitalares. Para as gestações entre 13 e 20 semanas são maiores as restrições quanto à disponibilidade de serviços, com registro de apenas 3 instituições brasileiras que oferecem a interrupção nesses casos. A recomendação é que se realize o esvaziamento uterino por meio da indução com prostaglandinas, seguido de curetagem complementar. A microcesariana deve ser procedimento excepcional, reservado para circunstâncias especiais.

### menos de 5% das mulheres brasileiras recebem alguma medida considerada efetiva para a profilaxia das DST/AIDS em caso de violência sexual

No serviço do Hospital Pérola Byington, até maio de 2000 foram atendidas 252 mulheres em situação de gravidez e violência sexual, com idades entre 11 e 38 anos (média de 20,9 anos). A idade gestacional variou entre 5 e 38 semanas (média de 11,9 semanas), sendo: 154 casos (61,2%) com até 12 semanas; 78 casos (30,9%) entre 13 e 19 semanas; e 20 casos (7,9%) com 20 semanas ou mais. Foram realizadas 201 interrupções de gestação (79,7% dos casos), sendo 135 delas (67,1%) por meio de AMIU; 31 (15,4%) por indução com prostaglandinas seguida de curetagem uterina; 28 (13,9%) por microcesariana; 5 (2,5%) com AMIU associada a curetagem; e 2 casos (1%) de aborto espontâneo. Em 51 casos (20,3%) não foi realizada a interrupção por se tratar de: gestação pré ou pós-estupro; idade gestacional avançada; perda de seguimento; aceitação da gravidez; ou por não se poder caracterizar a ocorrência nos limites da lei.

O atendimento médico à vítima de estupro deve sempre considerar e avaliar o risco de gravidez, oferecendo medidas

contraceptivas de emergência. No entanto, cerca de 12% das norte-americanas e 6% das brasileiras recebem contracepção de emergência na oportunidade da violência sexual.

### O crime sexual e a palavra da vítima

A exemplo de muitas violências antigas na história humana, o estupro é severamente condenado pelos textos do direito clássico, mas pouco penalizado pelos juízes. Há uma inegável defasagem entre o que a Justiça estabelece e o que a medicina oferece. O crime sexual é o mais fácil de se imputar e o mais difícil de se provar e a expectativa dos profissionais de saúde e autoridades legais de contar com provas materiais da violência é frequentemente frustrada e, muitas vezes, entendida de forma distorcida como inexistência do crime sexual ou falsa alegação.

Paradoxalmente, a sociedade tem exigido que, além de violentada, a mulher apresente-se brutalmente ferida. Para as crianças, raras portadoras de marcas físicas, sequer admitimos que sua palavra possa ter a mesma credibilidade daquela que oferecemos ao adulto agressor. Tendemos a considerar seus relatos fantasiosos e incapazes de diferenciar o lúdico do real, protegendo, incompreensivelmente, o adulto agressor. Entendemos que a mudança dessa realidade passa, necessariamente, pela modificação nas relações de gênero e pela transformação de nossas atitudes. Ou então, como as danaiades da mitologia grega, as mulheres continuarão condenadas a carregar os seus direitos em um jarro furado.

\* Jefferson Drezett é ginecologista e diretor da Divisão de Ginecologia Especial e coordenador do Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente Vitimada do Centro de Referência da Saúde da Mulher do Hospital Pérola Byington, em São Paulo.  
E-mail: jdrezzett@sti.com.br

Nota: Este artigo traz a versão resumida do paper publicado nos anais da "Reunión Internacional Violencia: Ética, Justicia y Salud para la Mujer", realizada em Monterrey, México, 2000.



# Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas de Intolerância

África do Sul, 31 de agosto a 7 de setembro de 2001

## PRÉ-CONFERÊNCIA CULTURA & SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Brasília, 13 a 15 de setembro de 2000

Essa Pré-Conferência faz parte do processo brasileiro preparatório para a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Outras Formas de Intolerância, que será promovida pela ONU em 2001, na África do Sul.

Realizada entre 13 e 15 de setembro de 2000, em Brasília, a Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra foi promovida pela Fundação Cultural Palmares e o Ministério da Saúde e contou com a participação de especialistas e representantes de organizações de mulheres negras de todo o país. Seus principais objetivos foram:

- integrar as discussões preparatórias para a Conferência Mundial;
- subsidiar os debates sobre a saúde da população negra na XI Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 16 a 19 de dezembro de 2000); e
- sistematizar propostas de políticas públicas para o governo brasileiro.

### CONTEÚDO

Pré-Conferência Cultura & Saúde  
da População Negra

Relatório Final ..... 1

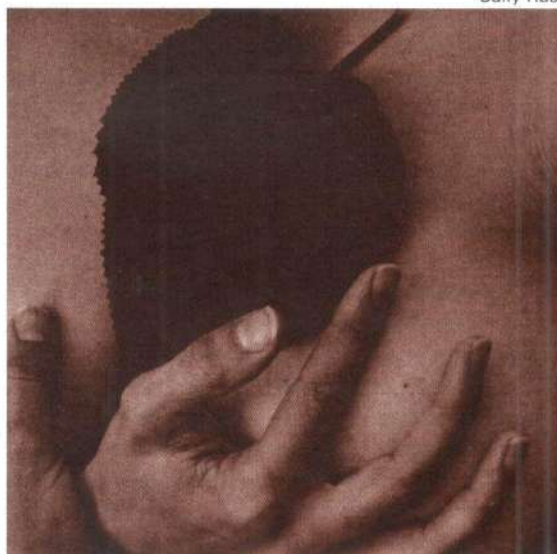
Recorte Racial/Étnico e a Saúde  
das Mulheres Negras

Fátima Oliveira ..... 5

Raça e Acesso às Ações Prioritárias  
na Agenda da Saúde Reprodutiva

Ignez Helena Oliva Perpétuo ..... 10

Sally Russ



Um dos destaques da Pré-Conferência, que contou com mesas-redondas, exposições e grupos temáticos, foi o lançamento do *Manual de Doenças Mais Importantes, por Razões Étnicas, na População Brasileira Afro-Descendente*, cuja elaboração foi coordenada pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com o apoio do Ministério da Saúde.

Para este 20 de Novembro – Dia Nacional da Consciência Negra, o *Jornal da Rede* preparou este encarte dedicado aos temas da saúde da mulher negra e seus direitos sexuais e reprodutivos.

A primeira parte do encarte traz a íntegra da versão preliminar do Relatório Final da Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra. A seguir, são apresentados artigos assinados pelas pesquisadoras Fátima Oliveira e Ignez Perpétuo, que discutem as doenças e agravos que afetam a saúde da mulher negra e os diferenciais de acesso aos serviços de saúde reprodutiva.



# Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra

Brasília, 13 a 15 de setembro de 2000

## RELATÓRIO FINAL

### Grupo 1 – Proposições Referentes à Gestão da Saúde da População Negra

**Introdução:** Considerando que a população negra no Brasil morre e adocece precocemente por doenças preveníveis e evitáveis em todas as fases da vida,

- 1- Contemplar a abordagem das doenças prevalentes e as repercussões do racismo na saúde da população negra, em todas as fases do ciclo de vida, na elaboração, implantação e execução das diretrizes e ações do Ministério da Saúde.
- 2- O Ministério da Saúde deve dar visibilidade junto à mídia e no cotidiano de suas ações à importância das especificidades da saúde da população negra, assim como das repercussões do racismo no processo saúde-doença desta população.
- 3- Incluir o quesito cor em todos os sistemas de informação em saúde.
- 4- Recomendar a representatividade da etnia na composição dos conselhos de saúde.
- 5- Implementação e ampliação do processo de formação e educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, trabalhando a prevalência de doenças na população negra nas diversas fases do ciclo de vida.
- 6- Com relação às populações remanescentes de quilombos, implementar ações de saúde baseadas em abordagens diferenciadas e que atendam as especificidades locais, identificando e respeitando as necessidades das populações e suas práticas tradicionais, bem como tomando decisões planejadas e compartilhadas com as comunidades.
- 7- O Ministério da Saúde deve desenvolver gestões na divulgação e sensibilização das secretarias estaduais de saúde e conselhos de saúde (em todos os níveis), para que estas implantem o PAF, conforme as diretrizes do PAF. Inclusão da pesquisa de hemoglobina S no teste do pezinho.
- 8- Utilizar formas de financiamento já existentes para a capacitação dos profissionais de saúde acerca da saúde da população negra.
- 9- Como observação final do grupo, foi enfatizada a importância do estabelecimento de parcerias para o desenvolvimento de todas as ações previstas, incluindo os movimentos sociais, as universidades, as ONGs etc.

### Grupos 2 e 3 – Saúde da Mulher Negra, Violência e DST/AIDS

Em relação à questão geral onde se pontua a problemática da ascensão social da mulher, verifica-se que a discriminação social sofrida pelas mulheres produz reflexos em sua vida cotidiana, através de uma violência sutil, explícita e

psicológica, de pouca visibilidade, porém com consequências perversas em sua saúde, e de forma especial para as mulheres negras.

É importante que o Ministério da Saúde trabalhe com o quesito cor, utilizando-o nos diferentes indicadores de saúde para conhecer melhor o perfil de saúde da mulher negra e, assim, estabelecer políticas públicas voltadas para o atendimento das necessidades deste segmento social, por exemplo, nos programas de DST/AIDS, saúde da mulher, adolescentes e outros.

No que se refere à questão da violência, também é imprescindível que se trabalhe a relação classe social, raça e gênero, uma vez que grande parte da população negra no Brasil está entre os segmentos com mais baixa renda e escolaridade. É importante também considerar que, no imaginário social, o papel designado às mulheres negras baseia-se no estereótipo de sexualmente disponíveis, não se levando em conta seu potencial criativo e sua contribuição enquanto cidadãs. Neste sentido, a relação violência sexual e DST/HIV/AIDS precisa ser contemplada na análise de proposições para a saúde da mulher negra.

Reconhecimento das infecções pelo HTLV-I e II como doenças sexualmente transmissíveis e sua inclusão no campo das doenças de notificação compulsória.

- 10- Desenvolver políticas de educação continuada em saúde da mulher junto aos profissionais de saúde, enfocando as especificidades de doenças com repercussões importantes na saúde integral, em particular na saúde reprodutiva da mulher negra, tais como diabetes II, hipertensão arterial, miomas, anemia falciforme, ressaltando que as duas últimas doenças podem causar abortamentos espontâneos frequentes.
- 11- Que o Ministério da Saúde inclua em seus indicadores o quesito cor.
- 12- Que o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) seja revisado e inclua as especificidades da saúde da mulher negra.
- 13- Que todo o material informativo e campanhas elaboradas ou apoiadas pelo Ministério da Saúde considerem as questões étnica, social e de gênero.
- 14- Que as campanhas veiculadas na mídia sejam contínuas, evocando a responsabilidade dos três níveis gestores do SUS (Sistema Único de Saúde): federal, estadual e municipal.
- 15- Que o Ministério da Saúde considere na contratação de agências de publicidade, bem como das entidades que apóia, a observância da não-veiculação, nos seus materiais educativos, comunicacionais e midiáticos, de conteúdos sexistas e racistas e que o descumprimento desse item implique a quebra imediata de contrato.
- 16- Formar um grupo intersetorial de especialistas em saúde



**QUE O PAISM SEJA  
REVISITADO E INCLUA  
AS ESPECIFICIDADES  
DA SAÚDE DA  
MULHER NEGRA**

de da população negra para trabalhar na questão da saúde da população negra no Ministério da Saúde.

- 17- Que o Ministério da Saúde reconheça as infecções pelo HTLV-I e II como doenças sexualmente transmissíveis, elencando-as como doenças de notificação compulsória, e investigue os agravos do HTLV no pré-natal, utilizando os mesmos procedimentos adotados para o teste anti-HIV (isto é, oferecer o teste às gestantes com aconselhamento e não com caráter compulsório).
  - 18- Formar um grupo de especialistas no Ministério da Saúde para discutir a prevenção, assistência e tratamento das infecções pelo HTLV-I e II.
  - 19- Recomendações especiais sobre os cuidados da anticoncepção hormonal e do DIU em mulheres portadoras de hipertensão, diabetes, miomas e anemias falciformes.
  - 20- Sabendo-se que a primeira causa de mortalidade materna no Brasil é a hipertensão arterial não tratada na gravidez e que as mulheres negras são mais suscetíveis à hipertensão, solicita-se atenção especial a esta realidade nos serviços de saúde, sobretudo durante o pré-natal.
  - 21- Priorizar uma política de combate à violência contra a mulher que possua interfaces com outros ministérios, como o da Saúde, Educação e do Trabalho e Geração de Renda.
  - 22- Estender às trabalhadoras domésticas a obrigatoriedade trabalhista de exame realizado em serviço médico, que ateste a saúde da mesma quando da demissão do trabalho.
  - 23- Disponibilizar cursos sobre HIV e HTLV-I para as casas de cultos afro-brasileiros.
- Grupo 4 – Organização da População Negra no Enfrentamento das Questões de Saúde**
- 24- Estimular as parcerias entre sociedade civil e governo.
  - 25- Criação de um guia de incidências de doenças na população negra no qual conste um anexo da legislação existente.
  - 26- Que esse guia seja elaborado por especialistas sobre o tema, incluindo-se representantes da sociedade civil.
  - 27- Criação de um banco de dados sobre os resultados obtidos e a monitoração do diagnóstico dos casos registrados.
  - 28- Fomentar nas universidades a criação de núcleos de pesquisa, formação e treinamento sobre as doenças com agravos à população negra. Implementar núcleos de atendimento no setor público de serviços.
  - 29- Produção de um "Guia Nacional de Saúde da Família", que incorpore o protocolo sobre anemia falciforme.
  - 30- Destinação de verbas e viabilização do Programa Nacional de Anemia Falciforme.
  - 31- Campanha de esclarecimento público para combater a discriminação contra o portador de doenças e/ou agravos geneticamente determinados.
  - 32- Garantir que o Conselho Nacional de Saúde e os conselhos estaduais e municipais assegurem junto aos gestores a atenção à saúde (primária, secundária e terciária) da população afro-descendente.
  - 33- Garantir que os serviços de saúde realizem aconselhamento familiar que tenha como referência a preservação e a melhor qualidade de vida da população negra.
  - 34- Que o Ministério da Saúde formule projeto de lei que obrigue os hemocentros e os bancos de sangue ao uso do filtro de leucócitos para todas as transfusões e de sangue fenotipado nas transfusões de pacientes alogunizados.
  - 35- Criação de um Banco Nacional de Sangues Raros.
  - 36- Inserir na norma de hemoterapia a obrigatoriedade do teste de hemoglobina S para todos os doadores.
  - 37- Garantir aos portadores de doenças graves que necessitem de um longo período de internação hospitalar, incluindo a anemia falciforme, o acesso à educação, para que essas pessoas não sejam prejudicadas em sua formação escolar.
  - 38- Sensibilizar e capacitar os profissionais de educação e saúde sobre a problemática da anemia falciforme.
  - 39- Criar comitês regionais do Programa Nacional de Anemia Falciforme junto ao SUS.
  - 40- Considerar os conhecimentos tradicionais na cura das doenças através do uso de ervas medicinais.
  - 41- Incluir na política de saúde mental a especificidade da população afro-descendente.
  - 42- Incluir o protocolo de tratamento psicológico familiar da Organização Mundial da Saúde no Programa Nacional de Anemia Falciforme.
  - 43- Incorporar o recorte de cor nos dados e indicadores de saúde produzidos pelo governo.
  - 44- As autoridades sanitárias dos diversos níveis de governo devem assegurar que o paciente tenha acesso a todos os produtos de sangue e medicamentos, aparelhos de infusão contínua e material descartável necessários para o bom tratamento, bem como avaliação periódica preventiva de conseqüências transfusionais; tal objetivo pode ser conseguido pondo-se à disposição todos os produtos hematológicos.
  - 45- Garantir a participação de líderes das casas de cultos afro-brasileiros como orientadores e propagadores de informação nas campanhas dirigidas à saúde da população negra.



**46- Criação de um Centro Nacional de Referência sobre Saúde da População Negra.**

- a. Que seja inserido na estrutura legal do Ministério de Saúde.
- b. Que tenha gestão compartilhada com a FCP e representantes de ONGs, movimento negro, casas de candomblé e Ministério Público.
- c. Que tenha por objetivos:
  - I. Pesquisar, documentar, capacitar, intercambiar, informar e coordenar;
  - II. as especificidades da saúde da população negra, bem como as formas e práticas tradicionais de assistência à saúde existentes entre as diferentes populações negras;
  - III. promover a produção de materiais de divulgação diversificados e acessíveis sobre todos os aspectos referentes à saúde da população negra;
  - IV. implantar e acompanhar o programa de reabilitação profissional e/ou orientação vocacional que atenda as dificuldades das pessoas portadoras de doenças, agravos e outras condições a que está sujeita a população negra;
  - V. promover a troca de conhecimento entre a população negra e prestadores de serviço;
  - VI. capacitar pessoas na implantação das práticas tradicionais específicas e eficazes;
  - VII. promover ações específicas de educação e saúde para todas as doenças e agravos prevalentes na população negra, especialmente a *diabetes mellitus*;
  - VIII. promover a produção e distribuição dos produtos terapêuticos necessários a essas práticas;
  - IX. monitorar o acesso da população negra aos serviços formais de saúde;
  - X. que as entidades do movimento negro e casas de candomblé sejam inseridas como multiplicadoras de ações.

**Grupo 5 – Formação/Capacitação Profissional na Área da Saúde**

- 47- Que se execute uma pesquisa nacional sobre a força de trabalho na enfermagem, considerando a população trabalhadora negra deste setor. Incluir o quesito raça/cor na ficha de inscrição dos trabalhadores de enfermagem no processo de capacitação do PROFAE enquanto uma das estratégias de caracterização destes profissionais, considerando que, empiricamente, são majoritariamente negros.
- 48- Inclusão nos currículos de 1º, 2º e 3º graus de conteúdos que versem sobre a população negra, considerando a necessidade de formação/habilitação de profissionais capazes de realizar esse propósito.
- 49- Que o Ministério da Saúde, enquanto órgão elaborador de políticas de saúde, a exemplo do que vem sendo realizado nos programas de saúde da família, tuberculose, pré-natal e outros, assumam a responsabilidade de apoio

à destinação de verbas para o Programa Nacional de Anemia Falciforme, programa este nos moldes do formulado em 1996.

- 50- Que o Ministério da Saúde incorpore no processo de capacitação/formação do profissional de saúde a necessidade de capacitação e formação de liderança comunitária sobre a saúde da população negra como forma de promoção social e combate ao racismo.
- 51- Criação de programas de sensibilização de dados sobre raça/cor incluídos nos sistemas de informação. Utilização de peças publicitárias como forma de desencadear esse processo.
- 52- Injunções do Ministério de Saúde junto ao Ministério de Educação quanto à necessidade de introduzir na área de formação profissional disciplinas que tratem da saúde da população negra, considerando o racismo enquanto fator determinante desse processo.
- 53- Incorporação de conteúdos que tratem da saúde da população negra nos treinamentos, capacitação, aperfeiçoamento e especialização e em programas formulados e financiados pelo Ministério da Saúde.
- 54- Elaboração pelo Ministério da Saúde de materiais tais como cartilhas, relatórios, livros didáticos etc. sobre saúde da população negra.
- 55- Criação de uma comissão intersetorial sobre saúde da população negra, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de fiscalizar e acompanhar as propostas contidas no Relatório Final da Pré-Conferência sobre Cultura e Saúde da População Negra.
- 56- Implantação/implementação, pelo Ministério da Saúde, de políticas de discriminação positiva (ação afirmativa) voltadas para a promoção de profissionais de saúde de nível médio e elementar, de forma a garantir o acesso à formação de nível superior através, por exemplo, da concessão de bolsas de estudos.
- 57- Incluir nos cursos de capacitação carga horária para visitas aos espaços tombados pelo Patrimônio Histórico, que remontem à história da cultura negra – por exemplo, os terreiros de candomblé.
- 58- O Estado tem a responsabilidade de capacitar profissionais para atendimento de doenças geneticamente determinadas da população negra. E os serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos e privados ficam obrigados a ter profissionais capacitados para o atendimento dessa demanda.
- 59- Garantir que o Ministério da Saúde cumpra as diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como os propósitos do texto constitucional sobre saúde da população em geral – estabelecida como direito de cidadania e dever do Estado –, cujos benefícios terão impacto importante sobre a saúde da população negra.

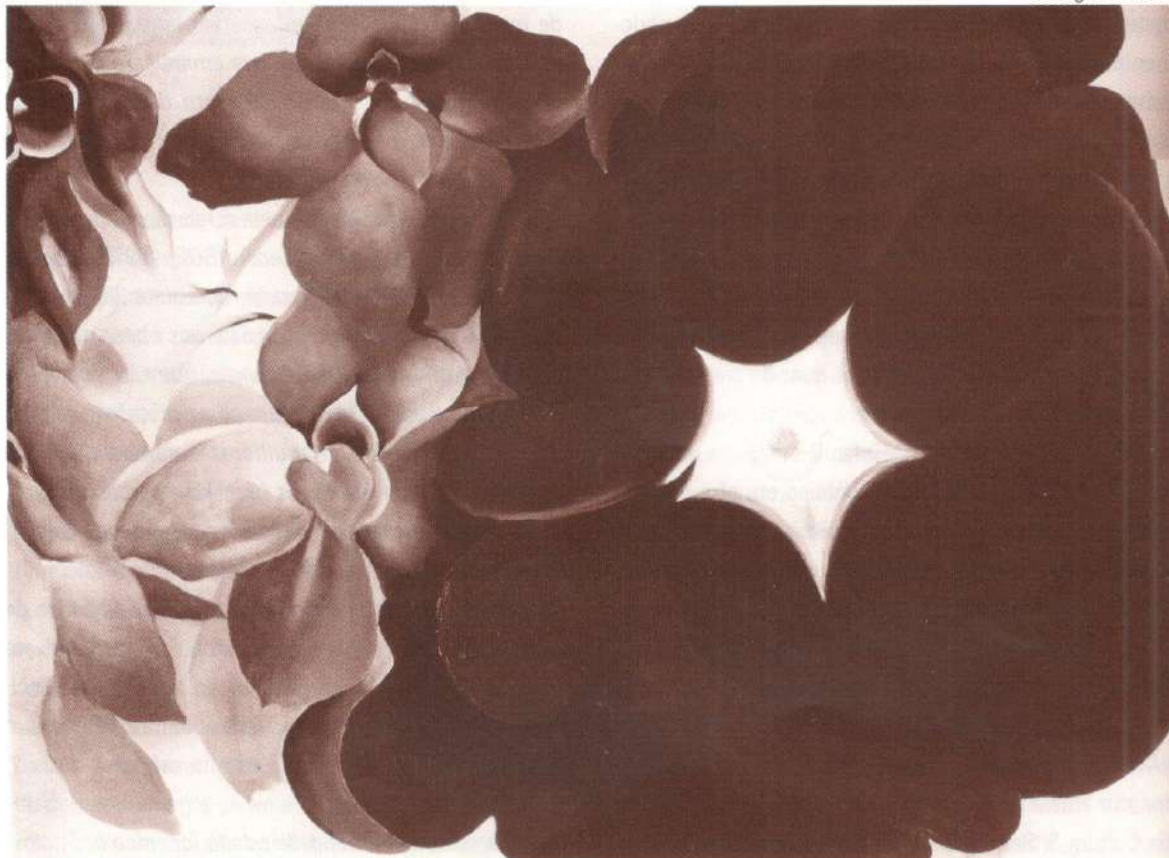
Colaboração de Maria Inês da S. Barbosa (relatora) e Fátima Oliveira (consultora).



# Recorte Racial/Étnico e a Saúde das Mulheres Negras

Fátima Oliveira\*

Georgia O'Keeffe



Por paradoxal que possa parecer, a abordagem da saúde da população negra no Brasil só consegue se impor enquanto discurso, isto é: só nos ouvem quando nos reportamos ao fato inegável que o marco das nossas reflexões e ações políticas em saúde nada tem a ver com a vida, mas com a morte, pois há fortes evidências de que encabeçamos as estatísticas de praticamente todas as “mortes à-toa e antes do tempo”, em todas as faixas etárias. Há maior crueldade e prova de racismo do que a desigualdade da população negra perante a morte, já que a mortalidade precoce de afro-descendentes no Brasil revela omissão dos governos, discriminação de classe e indiferença racial/étnica?

No Brasil, nos últimos dez anos, foram realizados enormes esforços, sobretudo por pesquisadoras negras, no campo do estudo da saúde da população negra. Hoje

podemos afirmar que o recorte racial/étnico poderá elucidar muitas coisas e em muito instrumentalizará a nossa luta de combate ao racismo nos serviços de saúde, pois contribuirá para que entendamos os meandros da atenção dispensada à população negra nesses serviços; a dificuldade de acesso, que vai da rede básica aos serviços especializados e de boa qualidade; e a própria forma como os serviços de saúde em nosso país estão organizados e a presença e o lugar que negros e negras ocupam neles.

Apenas a título de ilustração, cabe lembrar que a mortalidade infantil e a mortalidade materna são dois indicadores que retratam com fidelidade as condições e a qualidade de vida de um povo, além de evidenciarem a crueldade que é morrer precocemente. A esperança de vida ao nascer, ou seja, quanto tempo alguém



provavelmente viverá, está intimamente vinculada aos salários, à escolaridade, enfim, às condições sociais e materiais de vida. Não há mais dúvida de que não podemos prescindir de incluir nas "condições sociais e materiais de vida" a vivência de todas as nuances do racismo. Portanto, urge que as imagens epidemiológicas e a medicina como um todo incorporem às suas análises as diferenças biológicas e as desigualdades sociais oriundas da opressão de gênero, da opressão racial/étnica e da inserção nas classes sociais, além de ressaltar que a condição biológica não é mais ou menos importante, mas apenas indispensável quando tratamos do ser humano.

Na análise da mortalidade infantil e materna no Brasil considerando-se o recorte racial/étnico em afro-descendentes, os dados evidenciam a omissão dos governos e revelam discriminação de classe e indiferença racial/étnica. Dados de 1980 (Estela Tamburo, "Mortalidade Infantil na População Negra Brasileira", 1987) demonstram que, de cada 1.000 crianças negras que nasciam, 105 morreram antes de atingir um ano de vida. Para cada 1.000 crianças brancas, morriam 77. Dados apresentados por Estela Cunha (Nepo/Unicamp) na Pré-Conferência Cultura & Saúde da População Negra (Brasília, 13 a 15 de setembro de 2000) evidenciaram que, mesmo controlando as variáveis socioeconômicas, a mortalidade infantil de crianças negras mantém-se alta e maior que a das brancas. Além disso, houve piora acentuada na taxa de mortalidade infantil de 1980 para 1991. Vejamos: em 1980, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 76 brancos e 96 negros. Em 1991, para cada 1.000 nascidos vivos morriam 43 brancos e 72 negros. A diferença aumentou, pois em 1980 as crianças negras apresentavam índice de mortalidade 21% maior do que o das brancas e, em 1991, esse aumentou para 40%!

Alaerte Leandro Martins ("Mulheres Negras e Mortalidade Materna no Estado do Paraná, de 1993 a 1998", 2000), diante da constatação que "O risco de morrer por óbitos maternos foi maior para as mulheres pretas (4,403), seguidas das amarelas (com 3,362) e pardas, o que também se observa pelos coeficientes de mortalidade materna que foram em 1997 de: 276,24 para pretas, 210,97 para amarelas, 62,73 para as brancas e 56,27

para pardas, todos por 100.000 nascidos vivos", concluiu que: "nas estratégias para redução da mortalidade materna é indispensável observar as especificidades de cada raça, especialmente das amarelas e pretas, recomendando-se o aprofundamento dos Comitês de Morte Materna nos dados pessoais, principalmente a cor e situação socioeconômica".

A autora elucida ainda mais a relevância do recorte racial/étnico: "Segundo o Censo IBGE, 1991, a população negra no Estado do Paraná representa 23,03%; neste estudo, encontramos que 24,64% dos óbitos maternos ocorrem entre as mulheres negras, que são 21,84% do total de mulheres. Destacaram-se as pretas que foram 2,17% da população de mulheres e apresentaram no estudo 8,16% dos óbitos. As brancas e pardas apresentaram percentual de óbitos menor que o da população".

A desigualdade perante a morte no Brasil demonstra também as disparidades regionais (a expectativa de vida é maior nas regiões Sudeste e Sul; no Nordeste morre-se mais cedo) com acentuado recorte racial/étnico, como tão bem detectou Estela Cunha ("Raça: um aspecto esquecido da iniquidade na saúde no Brasil", 1995):

"No caso da mortalidade adulta feminina constatou-se que a probabilidade de sobreviver de mulheres entre 25 e 75 anos, classificadas como brancas, é sistematicamente maior do que a das mulheres negras (...) A menores níveis de mortalidade adulta feminina, maiores perdas são constatadas entre as mulheres negras".

A sobrevida menor dos negros com câncer parece estar diretamente relacionada com a precariedade das condições socioeconômicas. O câncer do colo do útero é duas vezes mais freqüente em mulheres negras que nas brancas. Também está suficientemente provado em várias pesquisas, realizadas em diferentes lugares do mundo, que este tipo de câncer é diretamente proporcional às condições de pobreza. A justificativa do modelo genético diz que a menor sobrevida de negros e a menor resistência em caso de câncer deve-se a uma menor reação imunológica "inerente" aos negros, o que não está comprovado. Pesquisas realizadas na Inglaterra em pacientes com câncer de mama e um estudo de Nancy Krieger e Mary Basset ("La salud de la población



A VARIABILIDADE GENÉTICA  
IMPÕE, COMO O PADRÃO  
DE NORMALIDADE DA  
NATUREZA, A REALIDADE DE  
QUE CADA SER HUMANO  
É GENETICAMENTE ÚNICO

negra: enfermedad, clase e ideología en la ciencia", 1986) sobre mulheres com câncer de mama em Washington demonstraram que a diferença racial na sobrevivência destas doentes desaparecia quando foram alocadas em suas respectivas classes sociais. Operárias, brancas ou negras, sobreviviam bem menos que mulheres de classe média ou ricas.

#### Desafios do recorte racial/étnico na saúde

Recorte racial/étnico e saúde da população negra em geral constituem um "campo" de reflexões e ações que contém inúmeros desafios para a assistência e a pesquisa em saúde e para a teoria e prática feministas, pois exigem pensar sobre: os modelos de assistência à saúde; a mortalidade infantil e a materna; a desigualdade da população negra perante a morte: a mortalidade precoce; a interação das variáveis *classe*, *sexo/gênero* e *raça/etnia* na manutenção da saúde e na produção das doenças; o quesito cor; e a essencialidade da condição e da predisposição biológica humana. Mas também não se pode prescindir de "abrir a cabeça" para o novo. Mas um "novo" desnudado de idéias preconcebidas e capaz de acolher a possibilidade de ser necessário estabelecer um novo paradigma em saúde, cujo alicerce esteja em entender que as doenças raciais/étnicas encontram-se no interior da compreensão da interpenetração das variáveis *classe*, *sexo/gênero* e *raça/etnia*.

A genética molecular pré-pesquisas do genoma humano afirma que, considerando-se o DNA como o material hereditário e o gene como unidade de análise biológica, é impossível dizer se estas estruturas pertencem a uma pessoa negra, branca ou amarela, pois o gene carrega possibilidades de caracteres e não os caracteres em si. Em "A geografia dos genes" (1995), Luca Cavalli-Sforza prova no fundamental que a diversidade genética humana é tão incomensurável que é ci-

entificamente impossível falar-se em raças humanas. As referidas afirmações vêm sendo reconfirmadas pelas mais recentes pesquisas, que demonstram que a espécie humana (*Homo sapiens*) é uma só e que, dentro da espécie, a variabilidade genética impõe, como o padrão de normalidade da natureza, a realidade de que cada ser humano é geneticamente único.

É a variabilidade genética que explica porque algumas doenças surgem com mais frequência, ou quase exclusivamente, em negros, brancos ou amarelos, ou ainda, em alguns grupos étnicos, tais como ciganos, judeus, e em algumas etnias originariamente asiáticas. Tal constatação indica que existem doenças que podem ser catalogadas como raciais ou étnicas. É do reconhecimento da condição e da predisposição biológica que deriva o conceito de doenças raciais/étnicas – as doenças que aparecem mais ou são exclusivas de determinados grupos raciais/étnicos (como negros, brancos, amarelos, judeus, ciganos etc.) e em mestiços de tais grupos.

Podemos falar em características raciais/étnicas quando nos referimos a condições tais como: malformações congênitas que, comprovadamente, não são oriundas dos efeitos deletérios de medicações ou da poluição; gemelaridade e mancha mongólica, quando qualquer destas doenças ou condições biológicas ocorre mais em um grupo populacional delimitado por raça/etnia ou nacionalidade.

A anemia falciforme é paradigmática. Originária da África, incide majoritariamente em negros; logo, podemos afirmar que é uma "doença racial". Através de técnicas de DNA podemos classificar a anemia falciforme, conforme o foco original, em cinco tipos: Senegal (de média gravidade), Benin (de pouca gravidade), Banto (o tipo mais grave), Camarões e Árabe-indiano (ambos de forma clínica dita benigna). Como vimos, três tipos são oriundos de focos denominados geográficos (Benin, Senegal e Camarões), cujos agrupamentos populacionais são diferenciados, inclusive culturalmente; e dois tipos são coincidentes com grupos étnicos (Banto e Árabe-indiano). Portanto, trata-se também de uma "doença étnica". No Brasil predomina a anemia falciforme do tipo Banto (70%). A explicação é elementar, dada a



prevalência deste grupo étnico na formação da população brasileira. Apenas 1% dos diagnósticos, no Brasil, é do tipo Senegal.

É também a diversidade genética em sua interação ambiental que explica que há pessoas que nascem predispostas a determinadas doenças e que, dependendo de como se der a interação delas com as suas condições de vida (favoráveis ou desfavoráveis), poderão desenvolver, ou não, tais doenças. Algumas predisposições biológicas aparecem mais em determinados grupos raciais/étnicos. Diabetes tipo II, miomas, hipertensão arterial e anemia falciforme são doenças sobre as quais os dados empíricos são suficientes para demonstrar o recorte racial/étnico relativo à população negra.

**Diabetes tipo II** – Na atualidade sabemos que, sob o rótulo de diabetes, estão agrupadas várias doenças crônicas, de fundo genético multifatorial. A síndrome diabética compreende: *diabetes tipo I* (infanto-juvenil/insulino-dependente, ou DMID) prevalente em brancos; *diabetes tipo II* (ou adulta/não-insulino-dependente, ou DMNID) que é prevalente em negros; e os tipos caracterizados pelo aparecimento ocasional, que são a *diabetes gestacional* e a *diabetes secundária* a várias doenças. Encontramos ainda duas situações definidas como de risco potencial a diabetes: *tolerância à glicose diminuída* e a *anormalidade potencial da tolerância à glicose*.

**Miomas** – São os tumores mais comuns nas mulheres e ocorrem no útero. Atingem 20% das mulheres entre a primeira menstruação e a menopausa. Em geral são “tumores silenciosos”, que não apresentam sintomas; são benignos (menos de 1% dos miomas tornam-se malignos) e de crescimento lento, sendo que a maioria diminui de tamanho, naturalmente, após a menopausa. A pesquisa de Vera Cristina de Souza (“Mulher Negra e Miomas: uma incursão na área da saúde, raça/etnia”, 1995) demonstra a alta incidência e reincidência de miomas em mulheres negras brasileiras, revelando ainda que a proporção de histerectomias nas negras foi quase cinco vezes superior à registrada no caso das brancas. A literatura médica norte-americana afirma que a prevalência de miomas em mulheres negras é cinco vezes maior que nas brancas e que é duas vezes superior nas mulheres brancas judias do leste europeu do que

nas demais mulheres brancas (Niels Lauersen e Steven Whitney, *O corpo da mulher*, 1990).

**Hipertensão arterial** – Estima-se que entre 10% a 20% das pessoas adultas são hipertensas. A hipertensão arterial é a principal causa de insuficiência cardíaca, insuficiência renal e de morte súbita e está ligada, direta ou indiretamente, a 12%-14% das causas de todas as mortes no Brasil. Em geral a pressão arterial é mais alta nos homens e é prevalente em negros de ambos os sexos. Aparece mais cedo, é mais grave e tende a ser mais complicada em negros. O *Guia Prático de Diagnóstico e Tratamento – Compendium CIBA-GEIGY*, s/d, coordenado por Décio O. Penna (capítulo “Hipertensão Arterial”), diz: “na faixa de idade entre 19 e 76 anos, ocorre em 9%-16% nos indivíduos de raça branca e 22%-30% na raça negra”. Na população diabética a hipertensão é duas vezes maior do que na população em geral.

Uma em cada dez mulheres que engravidam pela primeira vez tem hipertensão. A hipertensão durante a gestação e a toxemia gravídica (eclâmpsia/hipertensão) constituem a principal causa de mortalidade materna no Brasil. Tal situação obriga-nos a analisar a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, ocasião privilegiada para a descoberta do risco gestacional.

Analisando dados coletados pelo Comitê de Mortalidade Materna do Paraná em 1993, onde o quesito cor foi preenchido de acordo com a classificação do IBGE, mas não atendeu ao critério da autoclassificação – pois quem designou a cor foi o/a investigador/a ou o/a profissional de saúde que atendeu a cliente –, Alaerte Leandro Martins e Almira Maciel Corrêa (“Mortalidade materna nas Mulheres Negras no Estado do Paraná”, 1994) constataram que 26,36% óbitos ocorreram em mulheres negras, das quais 90% estavam na faixa de renda familiar de até 2 salários mínimos e 85% tinham até 4 anos de estudo. Tal pesquisa, dentre outras conclusões, evidenciou que a principal causa de mortalidade materna no Paraná em 1993 foi a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez/Eclâmpsia (DHEG), o que não difere de outros estudos para o restante do Brasil. A novidade foi trazer à tona dois fatos importantes: 50% dos óbitos de mulheres negras ocorreram por eclâmpsia e 26,36% da totalidade dos óbitos foram de mulheres negras. São



INDICADORES DE SAÚDE  
QUE CONSIDERAM  
COR E RAÇA/ETNIA  
SÃO ABSOLUTAMENTE  
NECESSÁRIOS

dados relevantes, pois, conforme a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 1989, o percentual da população negra no Paraná é de apenas 23,73%. Temos, pois, duas evidências: a DHEG atingiu mais as mulheres negras que as brancas e a mortalidade materna geral nas negras foi maior que nos demais grupos raciais.

**Anemia falciforme** – As anemias hereditárias são as doenças genéticas mais comuns da humanidade. A anemia falciforme é uma forma de anemia hereditária que constitui a doença genética mais comum da população negra em todo o mundo. Sua sintomatologia é variável, mas o que chama mais atenção é a anemia hemolítica crônica, ocasionada pelas crises freqüentes de falcização, cuja causa é a agregação de células falciformes, que acaba por obstruir os vasos, ocasionando infartos que provocam crises de dor em diferentes regiões do corpo, sobretudo ossos, baço e pulmões.

Dados da Organização Mundial da Saúde estimam que no Brasil nascem cerca de 2.500 crianças falcêmicas/ano. Ou seja, 1 em cada 1.000 nascidos vivos. Em cada 1.000 nascidos vivos, 30 são portadores do traço falciforme (um gene para anemia falciforme). Triagens de gestantes no pré-natal demonstraram que, em cada mil, 30 são portadoras do traço falcêmico. No Brasil, segundo estimativas de 1996 analisadas por Marco Antônio Zago ("Problemas de Saúde das Populações Negras no Brasil. O papel da anemia falciforme e de outras doenças de natureza genética", 1996), nascem entre 700 a 1.000 pessoas com doenças falciformes, sendo que deveriam existir cerca de 8 mil pessoas falcêmicas (que possuem dois genes para anemia falciforme) e, pelo menos, 2 milhões de pessoas portando um gene da anemia falciforme. A prevalência de heterozigotos (portadores de um gene) é de 2% na população geral e salta para 6%-12% entre negros.

#### Repensando a nossa prática em saúde

1. Em geral, creditam-se a morbidade e a mortalidade alta e precoce entre os negros e negras no Brasil apenas às péssimas condições de vida. É uma visão quase unânime entre profissionais de saúde e a responsável pela quase completa ausência de pesquisas sobre o papel desempenhado pela anemia falciforme na morbimortalidade infantil e adulta, e também pelos miomas, hipertensão e diabetes no abortamento, taxa de natimortos e infertilidade.
2. Indicadores de saúde que consideram cor ou raça/etnia são absolutamente necessários para que possamos avaliar a qualidade de vida dos grupos populacionais raciais ou étnicos: de que adoecem, como adoecem e de que morrem.
3. É necessária maior conscientização de profissionais da saúde a respeito da anticoncepção em mulheres hipertensas, diabéticas, falcêmicas e com miomas. Existem muitas dúvidas e controvérsias sobre o uso de métodos hormonais e do DIU, a ponto de parecer mais justo, do ponto de vista científico, que, na dúvida, tais pessoas não devam ser submetidas ao uso de método sobre o qual paire qualquer dúvida de risco para a sua saúde e a sua vida.

\* Fátima Oliveira é médica e integra a Coordenação Nacional da União Brasileira de Mulheres; os conselhos diretores da RedeSaúde e da Comissão de Cidadania e Reprodução; e a Secretaria Executiva da Sociedade Brasileira de Bioética.  
E-mail: fatimao@medicina.ufmg.br

**Nota:** Este artigo contém trechos extraídos dos seguintes textos da autora: "Desafios para a assistência e a pesquisa em saúde e para a teoria e prática feministas: o recorte racial/étnico – saúde das mulheres negras" (Encontro Internacional "O Corpo das Mulheres", Belo Horizonte/MG, 21 a 24 de maio de 2000); "A opressão de gênero e a opressão racial/étnica no Brasil" (V Conferência Bienal Internacional de Mujeres Jueces, Buenos Aires, 17 a 21 de maio de 2000); e *Oficinas Mulher Negra e Saúde* (Mazza Edições, BH, MG, 1998).



# Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva

Ignez Helena Oliva Perpétuo\*

Georgia O'Keeffe

Durante um longo período a questão racial no Brasil foi dominada pelo mito da democracia racial, segundo o qual o preconceito e discriminação contra o negro seriam um problema de estratificação social, ou seja, seriam decorrentes da posição socioeconômica inferior da população negra, herança do nosso passado escravista. Uma perspectiva de análise mais recente, e menos otimista, assume que a inserção social de um indivíduo na sociedade é diretamente relacionada à sua cor e que a persistência histórica da raça como princípio classificatório não deve ser encarada como herança do passado, mas como um mecanismo social de reprodução da desigualdade racial, servindo aos interesses do grupo racialmente hegemônico. Ou, em palavras mais simples, a posição socioeconômica inferior da população negra seria decorrente de sua menor oportunidade de ascensão social e econômica, em função do preconceito e discriminação raciais existentes na sociedade brasileira.

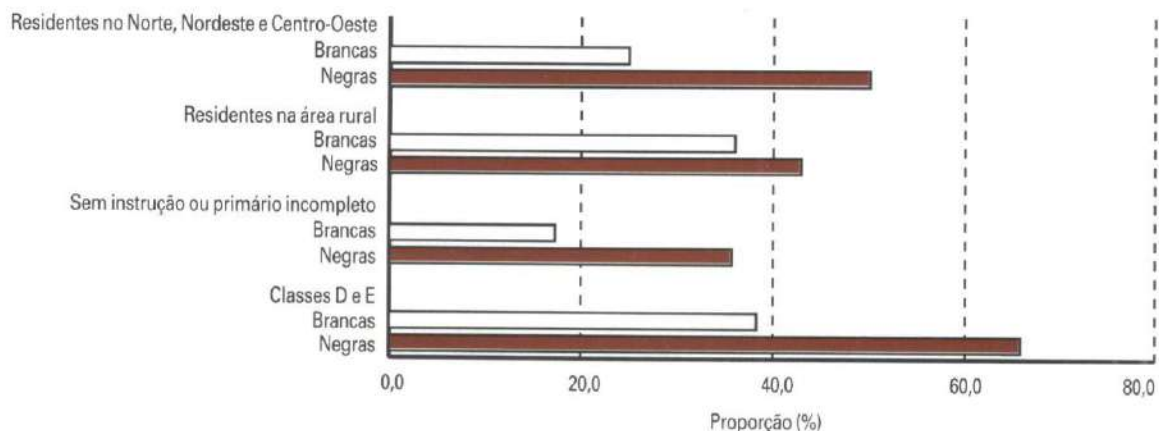
Uma série de estudos tributários dessa segunda abordagem tem documentado a segregação da população negra em dimensões variadas, tais como a distribuição espacial, o acesso à educação e a inserção no mercado de trabalho. Por outro lado, análises da dinâmica demográfica realizadas por diversos autores indicam a existência de grandes diferenciais de mortalidade e de fecundidade entre brancos e negros. Trabalhos que abordam temas relativos à saúde reprodutiva são mais raros. Alguns deles sugerem que as mulheres ne-



gras estão mais expostas à infertilidade e à mortalidade materna, como resultado de sua predisposição biológica para algumas doenças – como a hipertensão arterial e a miomatose – vis a vis a sua maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, fruto da discriminação racial que determinaria sua maior concentração em áreas de periferia, onde a infraestrutura de serviços é ausente ou deficiente. Outros autores vão mais além, denunciando que a discriminação contra o negro no Brasil traduz-se em intervenções específicas, como a cirurgia de laqueadura tubária, que estaria sendo praticada por motivações eugênicas. Entretanto, pesquisa da demó-



**Gráfico 1**  
**Distribuição de mulheres brancas e negras, segundo características socioeconômicas selecionadas**  
 Brasil, 1996



Fonte: Microdados da PNDS/96.

grafa Elza Berquó, realizada em São Paulo especificamente para investigar esse tema, não detectou diferenciais de prevalência do uso do método entre mulheres negras e não-negras.

A literatura internacional, por outro lado, principalmente nos EUA, tem mostrado que a raça continua a impedir o acesso a serviços de saúde, com os brancos fazendo maior uso deles, e por mais tempo, mesmo quando todas as variáveis socioeconômicas pertinentes são mantidas constantes.

#### A PNDS e alguns diferenciais entre brancas e negras no Brasil

A ausência da variável cor em muitos dos sistemas existentes de informação demográfica e de saúde tem dificultado a investigação do tema da desigualdade racial no país. Neste sentido, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, é uma fonte valiosa não apenas por dispor desta variável, mas também por conter informações sobre algumas dimensões essenciais da saúde e direitos reprodutivos: o contexto socioeconômico, a experiência sexual e reprodutiva, a assistência à anticoncepção, a assistência pré-natal, o atendimento obstétrico e o atendimento ginecológico voltado para a prevenção do câncer cervical e de mama.

Este artigo lança mão dessas informações para, em primeiro lugar, documentar diferenciais entre mulheres brancas e negras em relação à sua inserção socioeconômica, seu risco reprodutivo e seu acesso a serviços

de saúde e, em segundo lugar, para investigar se o diferencial no acesso aos serviços de saúde estaria associado à cor ou se seria um reflexo do maior nível de pobreza das mulheres negras.

O universo de análise é composto pelas 7.541 mulheres entrevistadas pela PNDS que na data da pesquisa tinham de 15 a 49 anos, encontravam-se em uma união estável (formal ou consensual) e se autodeclararam brancas (44%) ou negras (parda, mulata, morena, cabocla e preta). O atendimento pré-natal e ao parto é investigado com base nas 3.025 mulheres que tiveram filho/s nos cinco anos antes da pesquisa, o que representa 42,7% das mulheres negras e 36,8% das brancas.

#### Desigualdades entre mulheres brancas e negras

Os dados sobre a distribuição das entrevistadas segundo região e situação de residência, nível educacional e classe social confirmam que um enorme abismo socioeconômico separa as mulheres brancas e negras. Através do Gráfico 1 podemos verificar que a proporção das mulheres negras que residem nas regiões menos desenvolvidas e que se encontram nos estratos educacionais e socioeconômicos inferiores é o dobro que a das mulheres brancas. A diferença na sua distribuição por situação de residência é menor, mas ainda assim significativa, principalmente considerando-se que a população negra concentra-se na periferia das cidades, onde o acesso a bens e serviços urbanos é muito mais precário.



**Tabela 1**  
**Distribuição das mulheres brancas e negras,**  
**segundo algumas características de sua**  
**experiência sexual e reprodutiva**

Brasil, 1996

	Branca %	Negra %	p-value
<b>Idade na primeira relação sexual</b>			
< 15 anos	7,2	13,7	
15-17 anos	28,3	33,8	
18 e mais	64,5	52,6	<,0001
<b>Idade em que teve o primeiro filho</b>			
até os 16 anos	7,8	13,2	
17-19 anos	25,7	31,7	
20 e + anos	42,7	38,6	
25 e + anos	23,9	16,5	<,0001
<b>Número de filhos tidos</b>			
0-2 filhos	61,9	48,9	
3 e mais filhos	38,1	51,1	<,0001

Fonte: Microdados da PNDS.

Nota: Mulheres unidas, de 15-49 anos.

As informações apresentadas na Tabela 1, por outro lado, mostram que a proporção da população negra sob risco reprodutivo é muito maior, pois é substancialmente mais alto o percentual de mulheres que iniciam a vida sexual e têm o primeiro filho ainda adolescentes, bem como a proporção de mulheres com 3 ou mais filhos.

A Tabela 2 ajuda a entender porque é maior a fecundidade das negras, ao mostrar que apenas 20% delas sabem localizar o período fértil da mulher (em contraste com 37% das brancas) e que o percentual que nunca usou nenhum anticoncepcional, ou começou a controlar a fecundidade através da esterilização, é o dobro do que se verifica no grupo das brancas, sendo também o dobro a proporção das que começaram a usar métodos contraceptivos depois de terem tido 2 ou mais filhos.

O acesso mais precário das mulheres negras aos anticoncepcionais também se revela pela maior parcela que não usava nenhum método na data da pesquisa e pela menor amplitude do *mix* anticoncepcional, no qual a pílula e a esterilização respondem por 83% da regulação da fecundidade, em contraposição com os 76% verificados no grupo das mulheres brancas. Além

**Tabela 2**  
**Distribuição das mulheres brancas e negras,**  
**segundo características de sua experiência**  
**anticoncepcional**

Brasil, 1996

	Branca %	Negra %	p-value
<b>Período fértil da mulher</b>			
Meio do ciclo	36,7	20,8	
Outras respostas	63,3	79,2	<,0001
<b>Primeiro método usado</b>			
Nunca usou	4,1	8,3	
Esterilização feminina	4,0	8,0	
Outro método moderno	79,0	73,8	
Método tradicional	12,9	9,9	<,0001
<b>Número de filhos no 1º uso anticoncepcional</b>			
0-1 filho	83,0	67,4	
2 ou + filhos	12,9	24,4	
Nunca usou	4,1	8,3	<,0001
<b>Método usado na data da pesquisa</b>			
Não usa	19,6	26,1	
Esterilização feminina	37,7	42,1	
Pílula	23,1	19,0	
Outro método moderno	12,0	7,3	
Método tradicional	7,7	5,5	<,0001
<b>Consultou médico quando começou a usar a pílula</b>			
Consultou	26,0	31,4	
Não consultou	74,0	68,6	<,018
<b>Necessidade anticoncepcional insatisfeita</b>			
Usa método ou não precisa usar	93,0	88,4	
Grávida por falha ou "necessidade insatisfeita"	7,0	11,6	<,0001

Fonte: Microdados da PNDS.

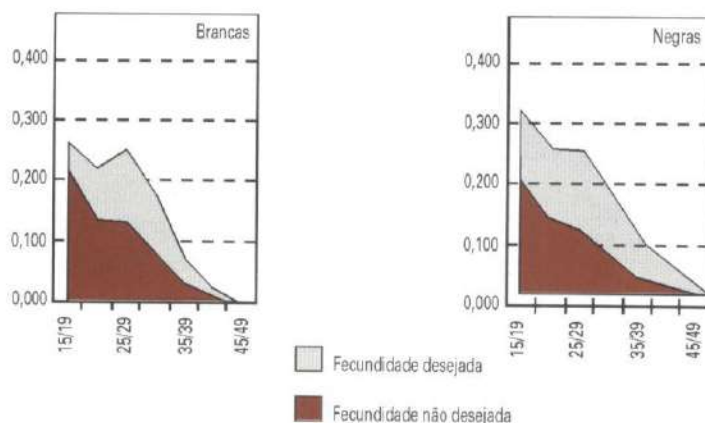
Nota: Mulheres unidas, de 15-49 anos.

disso, uma menor parcela de negras usuárias da pílula passou por uma consulta médica antes de começar a tomá-la, sendo maior a proporção de mulheres negras que se encontravam grávidas por falha do método usado e que tinham "necessidade de contracepção não-satisfeita", ou seja, não usavam nenhum método apesar de serem fecundas e não desejarem ficar grávidas.

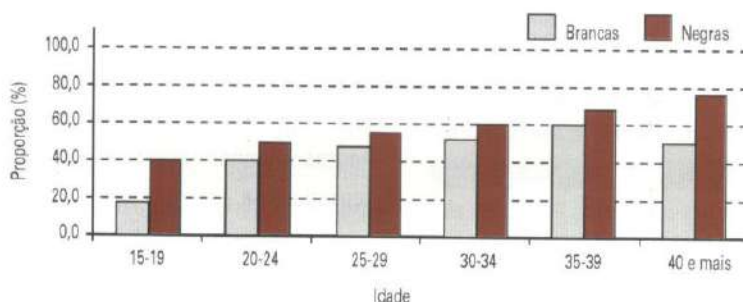
Em consequência deste precário conhecimento da fisiologia reprodutiva e acesso à contracepção, é alto o



Gráfico 2  
Taxa de fecundidade marital desejada e não desejada: população branca e negra  
Brasil, 1995/96



Proporção de fecundidade não desejada das mulheres casadas brancas e negras por idade  
Brasil, 1995/96



Fonte: Microdados da PNDS.

índice de falha na implementação da preferência reprodutiva. Ela se traduz, por exemplo, em um elevado nível de fecundidade não-desejada que, no total, representa 27% da fecundidade na população branca e 40% na negra. Como pode ser visto no Gráfico 2, os diferenciais de insucesso na regulação da fecundidade são particularmente importantes nas idades extremas do período reprodutivo. As jovens mulheres negras – que, como visto, iniciam sua vida sexual mais cedo e têm um maior desconhecimento da fisiologia reprodutiva e menor acesso à assistência anticoncepcional – apresentam taxa específica de fecundidade substancialmente maior que as jovens brancas (0,320 versus 0,259) e uma relação

muito mais desfavorável em termos do componente não-desejado da fecundidade (39% versus 17%). Nas faixas etárias superiores, a proporção de fecundidade não-desejada das mulheres negras atinge quase 77%, em contraste com 50% das brancas.

Não bastassem estas diferenças, as mulheres negras têm também um menor acesso à assistência obstétrica, seja durante o pré-natal, seja durante o parto e o período puerperal. Já se sabe que o acompanhamento pré-natal é o melhor instrumento de combate à mortalidade materna, cujo coeficiente no Brasil é maior entre as mulheres negras. Conforme dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade/DataSUS, as síndromes



**Tabela 3**  
**Distribuição das mulheres brancas e negras,**  
**segundo características do atendimento**  
**pré-natal, local de realização do parto e**  
**atendimento pós-parto, em relação ao último**  
**filho tido nos 5 anos anteriores à pesquisa**

Brasil, 1996

	Branca %	Negra %	p-value
<b>Mês da primeira consulta pré-natal</b>			
Até o 4º mês de gravidez	88,2	78,2	
5 e mais meses de gravidez	5,9	8,9	
Não fez	6,0	12,8	< ,0001
<b>Número de consultas de pré-natal</b>			
Menos de 3 consultas	8,1	16,7	
3 a 5 consultas	15,3	22,0	
6 e mais consultas	76,6	61,3	< ,0001
<b>Consulta com médico no pré-natal</b>			
Não	8,0	17,5	
Sim	92,0	82,5	< ,0001
<b>Onde fez o parto</b>			
Domicílio	1,9	7,1	
Serviço público	76,2	80,0	
Serviço privado	21,9	12,8	< ,0001
<b>Fez exame ginecológico pós-parto</b>			
Não	54,1	69,1	
Sim	45,9	30,9	< ,0001

Fonte: Microdados da PNDS.

Nota: Mulheres unidas, de 15-49 anos.

hipertensivas, que atingem mais as mulheres negras, são responsáveis por um terço das mortes maternas. As outras causas obstétricas diretas – síndromes hemorrágicas, complicações do aborto e infecções puerperais – são causas intimamente vinculadas à qualidade da assistência obstétrica e respondem, juntamente com as síndromes hipertensivas, por 89% das mortes maternas no país. Os restantes 11% das mortes maternas são devidas a causas obstétricas indiretas, ou seja, complicações de doenças não-específicas da gravidez, parto e puerpério, que também podem ser prevenidas por um pré-natal de qualidade.

Como mostra a Tabela 3, o percentual de gestantes negras que recebeu o que o Ministério da Saúde considera como o “pacote mínimo de qualidade para assis-

tência pré-natal” – seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério – foi de 61% e 31%, respectivamente, em contraste com 77% e 46% das brancas. Quanto ao parto, 7% dos bebês de mães negras nasceram em casa, mais do triplo do que aconteceu no caso das mulheres brancas.

Finalmente, também é menor o acesso das negras ao exame ginecológico, um instrumento importante no controle das doenças de transmissão sexual e na prevenção do câncer ginecológico. Isto pode ser visto na Tabela 4, que apresenta a distribuição percentual de mulheres brancas e negras que alguma vez na vida passaram por um exame ginecológico e que tiveram uma consulta nos últimos 12 meses, pelo tipo de exame realizado, indicando se o mesmo incluiu exames preventivos de câncer de colo uterino – no caso de mulheres de 15 a 34 anos – e também de câncer de mama – no caso das mulheres com idade igual ou maior que 35 anos.

Em suma, todas estas informações atestam, de maneira muito contundente, a enorme desigualdade social, econômica, de risco reprodutivo e de acesso aos serviços de saúde que existe entre a população branca e a negra. Mostram também que é longo o percurso a ser percorrido para que as mulheres brasileiras – brancas e negras – tenham acesso pleno à saúde e aos direitos reprodutivos.

#### Raça ou pobreza?

O que estas informações não permitem dizer é se o menor acesso das negras à atenção à saúde estaria associado de forma independente à cor de sua pele ou seria um reflexo de sua pobreza, isto é, estaria associado ao fato de morarem em áreas onde a cobertura dos serviços de saúde é mais baixa e de terem nível educacional e poder aquisitivo menores, o que implica maior dificuldade de acesso a estes serviços. Assim, para avançar no conhecimento deste tema, procedeu-se a uma análise multivariada, na qual foram incluídas como variáveis de controle as características socioeconômicas, a idade e o número de filhos tidos, de modo a testar o papel independente da variável cor sobre a probabilidade de acesso aos serviços de saúde.

A análise multivariada foi realizada através do ajuste de um modelo de regressão logística, no qual o acesso à atenção à saúde, ou seja, a variável dependente, foi



**Tabela 4**  
**Distribuição das mulheres brancas e negras, segundo atendimento ginecológico**  
 Brasil, 1996

	Branca %	Negra %	p-value
Fez exame ginecológico alguma vez (15-34 anos)			
Nunca fez	22,3	35,0	
Sim	77,7	65,0	< ,0001
Fez exame ginecológico no último ano (15-34 anos)			
Não fez exame	46,5	59,6	
Exame ginecológico apenas	7,6	7,5	
Exame ginecológico incluiu esfregaço vaginal	45,9	32,9	< ,0001
Fez exame ginecológico alguma vez (35 e + anos)			
Nunca fez	13,0	23,7	
Sim	87,0	76,3	< ,0001
Exame ginecológico no último ano (35 anos e mais)			
Não fez exame	45,0	56,0	
Exame ginecológico apenas	3,2	3,5	
Exame ginecológico incluiu mamografia	3,2	2,4	
Exame ginecológico incluiu esfregaço vaginal	11,6	13,5	
Exame ginecológico incluiu ambos	37,1	24,7	< ,0001

Fonte: Microdados da PNDS.

Nota: Mulheres unidas, de 15-49 anos.

representada por uma variável dicotômica, que define se a mulher teve uma consulta ginecológica completa nos 12 meses anteriores à pesquisa. Foram consideradas como tendo consulta completa as mulheres de 15 a 39 anos que passaram por uma consulta ginecológica que incluiu um exame de esfregaço vaginal.

No caso de mulheres com 40 anos e mais, foram consideradas como completas as consultadas que realizaram, adicionalmente, uma mamografia.

A Tabela 5 apresenta as razões de chance de ter feito uma consulta ginecológica completa nos últimos 12 meses, para mulheres unidas de 15 a 49 anos, segundo a cor, a idade, número de filhos tidos e características socioeconômicas selecionadas.

Através da coluna intitulada "análise univariada" pode-se verificar o efeito bruto de cada uma das variáveis, que reflete não apenas a sua própria influência, mas também o efeito de características associadas a elas. A razão de chance de 0,60 para as mulheres negras indica que elas têm 60% da chance que as brancas têm de ter passado por uma consulta ginecológica completa.

O primeiro modelo multivariado (Ajuste 1), por ou-

tro lado, indica que continua a existir disparidade entre brancas e negras, mesmo quando são controladas todas as outras influências consideradas, com exceção da classe socioeconômica. Ou seja, as mulheres negras, mesmo apresentando iguais características em relação à idade, o número de filhos, a região e situação de residência e o nível educacional, teriam apenas 81% da chance de uma branca de ter tido uma consulta completa. No entanto, a influência da variável cor desaparece quando se introduz a variável classe socioeconômica no modelo (Ajuste 2), que, como já discutido, é um indicador de poder aquisitivo.

#### Considerações finais

Os dados disponíveis da PNDS fornecem uma das raras oportunidades de estudar a desigualdade existente entre as brasileiras brancas e negras. Adotando a perspectiva de que a desigualdade racial é um problema que não se explica apenas pela questão da estratificação social, este trabalho procurou investigar a influência das características étnico-raciais – aqui representadas pela resposta ao quesito sobre a cor da pele



Tabela 5  
**Razões de chance de ter feito uma consulta ginecológica completa nos últimos 12 meses, para mulheres unidas de 15 a 49 anos, segundo a cor, a idade, número de filhos tidos e características socioeconômicas selecionadas**

Brasil, 1996

Variável		Análise univariada		Análise multivariada*			
		Razão de chance	95% CI	Ajuste 1		Ajuste 2	
		Razão de chance	95% CI	Razão de chance	95% CI	Razão de chance	95% CI
Cor	Branca	1,00		1,00		1,00	
	Negra	0,60	(0,54-0,66)	0,81	(0,73-0,91)	0,95	(0,85-1,07)
Idade	15-24 anos	1,00		1,00		1,00	
	25-39 anos	1,42	(1,24-1,62)	1,34	(1,16-1,57)	1,23	(1,05-1,43)
	40 e mais	1,04	(0,89-1,22)	1,18	(0,98-1,41)	0,96	(0,79-1,16)
Filhos tidos	0-2	1,00		1,00		1,00	
	3 e mais	0,54	(0,49-0,60)	0,79	(0,70-0,89)	0,84	(0,74-0,94)
Região de residência	Rio/São Paulo/Sul/Centro-Leste	1,00		1,00		1,00	
	Norte/Nordeste/Centro-Oeste	0,61	(0,56-0,67)	0,81	(0,72-0,90)	0,89	(0,80-1,00)
Situação de residência	Capital/cidade	1,00		1,00		1,00	
	Vila/rural	0,37	(0,33-0,41)	0,52	(0,47-0,58)	0,57	(0,51-0,64)
Escolaridade	Ginásio completo/superior	1,00		1,00		1,00	
	Ginásio incompleto/primário completo	0,39	(0,34-0,43)	0,45	(0,40-0,51)	0,63	(0,55-0,71)
	Sem instrução/primário incompleto	0,16	(0,14-0,18)	0,23	(0,20-0,27)	0,36	(0,30-0,43)
Classe social	A e B	1,00		-	-	1,00	
	C	0,37	(0,31-0,43)	-	-	0,43	(0,40-0,56)
	D e E	0,14	(0,12-0,16)	-	-	0,29	(0,24-0,35)
$\chi^2$ **		11,0		10,7		12,5	

Fonte: Microdados da PNDS.

\* Ajuste 1 = modelo que incluiu todas as variáveis, exceto classe social, que foi incluída no Ajuste 2.

CI = intervalo de confiança.

– sobre o acesso a algumas das ações de saúde consideradas prioritárias na agenda da saúde reprodutiva.

Seus resultados não deixam dúvidas sobre o imenso abismo que separa as mulheres negras da posição que – embora ainda precária em muitos sentidos – já foi alcançada pela população branca.

A influência da variável cor sobre a probabilidade de acesso às ações de saúde consideradas desaparece apenas quando controlada pela classe social que, como visto, é um indicador do poder aquisitivo. Isto aparentemente sugere que o principal problema não é ser negra, mas ser pobre. Entretanto, este achado não permite afastar a existência de discriminação racial no acesso às ações de saúde reprodutiva. Em primeiro lugar, porque se pode argumentar que o poder aquisitivo, tal-

vez mais que outras características socioeconômicas, como a residência e a escolaridade, estaria captando esta mesma discriminação. Em segundo lugar, porque estes dados (quantitativos) permitem avaliar apenas o acesso a ações de saúde, existindo uma dimensão muito mais importante quando se deseja discutir a questão da discriminação racial, qual seja, a qualidade do atendimento à saúde disponível para brancas e negras.

\* Ignez Helena Oliva Perpétuo é bolsista do CNPq (pós-doutoramento na Maternal and Child Epidemiology Unit/London School of Hygiene and Tropical Medicine, do Reino Unido) e membro do Departamento de Demografia/CEDEPLAR da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: nena@cedeplar.ufmg.br



## Um Breve Olhar sobre os Programas de Atenção à Violência Sexual: a experiência da Paraíba

Gilberta Soares\*

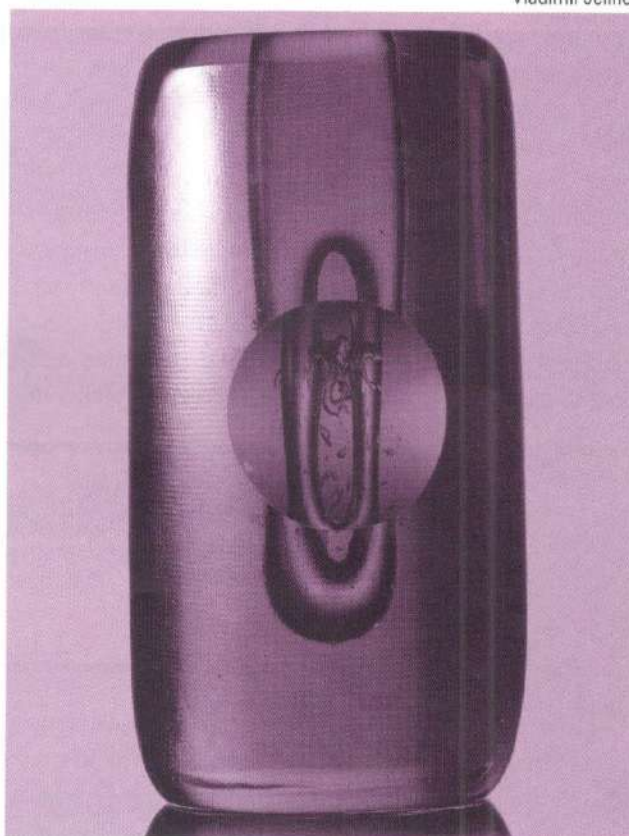
Vladimír Jelinek

Os programas de atenção à violência sexual surgiram no final dos anos 80, a partir da proposta de atender aos dois casos de aborto previsto na lei – gravidez decorrente de estupro e risco à vida da gestante. Naquele momento, representaram um marco político, um grande avanço na história do cumprimento dos direitos das mulheres, buscando reparar um passado de abandono político – ao qual o Estado brasileiro relegou as mulheres, ao não oferecer a assistência isenta de punição prevista no Código Penal de 1940 – e de abandono subjetivo e afetivo de tantas que se deparam com uma gravidez proveniente de estupro.

Foi então no contexto de implantação desses programas que as ações de identificação, tratamento e prevenção da violência sexual e doméstica começaram a ser implementadas no serviço de saúde. O fato é que o aborto legal acabou se revelando como apenas mais uma das ações incluídas no conjunto da assistência demandada por aquelas que sofrem a violência. O tratamento de lesões e tumorações, o rastreamento e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, o tratamento ginecológico, a contracepção de emergência e o diagnóstico para verificar a existência de gravidez são procedimentos importantes no atendimento médico e de enfermagem; igualmente, o atendimento social e psicológico é vital para o restabelecimento da dignidade e equilíbrio emocional da vítima, ajudando-a na reintegração social.

Com a implantação desses serviços pioneiros revelou-se a necessidade de ampliar a abrangência e o foco do atendimento, que passou a centrar-se na assistência integral à saúde da mulher vítima de violência, levando a problemática para dentro do setor de saúde em todas as suas dimensões, o que vem possibilitando reflexões e exigindo outros esforços.

Compreender a integralidade da assistência à saúde da mulher é abrir espaço para discutir as seqüelas físicas e os danos emocionais decorrentes da violência doméstica e sexual. Pensar políticas públicas que possam colaborar para a redução dos fatores de vulnerabilidade das mulheres frente a essa violência é também considerar que a assistência às mulheres no setor de saúde deve integrar-se a outras ações adotadas nas instâncias de justiça e segurança pública. A mobilização no setor de saúde para atender mulheres que viveram ou vivem situações de violência pode constituir uma forma de pressão para que haja maior investimento do poder público na estrutura de segurança pública, em órgãos como delegacias da mulher, albergues etc., ao mesmo tempo em que provoca nos profissionais da área jurídica uma reflexão sobre o assunto.



### O programa da Paraíba

O Programa de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual foi implantado em outubro de 1998, na Maternidade Frei Damiano (Complexo Cruz das Armas), serviço de referência estadual em João Pessoa, através de portaria da Secretaria de Saúde do Estado. A ação organizada do movimento feminista local reuniu uma série de aliadas/os, como parlamentares, profissionais de saúde, representantes de sindicatos, de universidades etc., criando um ambiente favorável para a decisão do então Secretário de Saúde.

Sem querer deter-me ao processo de implantação, devo sublinhar que, a exemplo do que ocorreu em outros estados, o mesmo foi permeado por obstáculos que foram e continuam sendo enfrentados. Uma das grandes dificuldades encontradas foi identificar profissionais de saúde para compor uma equipe mínima, hoje formada por duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma enfermeira e duas médicas. O programa é sistematicamente acompanhado pela coordenadora do Programa Materno-Infantil da



Secretaria Estadual de Saúde e mantém também relação direta com o movimento feminista local através de uma consultoria.

Até agosto de 2000, 70 mulheres haviam sido atendidas no serviço, sendo que 3 eram crianças com menos de 5 anos, 29 eram adolescentes e 38, mulheres adultas. A idade das usuárias variou entre 2 e 43 anos. Do total de mulheres atendidas, 70% eram procedentes do município de João Pessoa, 27,1% vieram de outros municípios paraibanos e 2,9% eram provenientes do Rio Grande do Norte. Em relação ao estado civil, 84,3% eram solteiras. Algumas das que se identificaram como solteiras viviam juntas ou já tinham compartilhado o mesmo teto com um companheiro, sendo que algumas tinham filhos.

Em relação ao órgão que as referenciou ao programa, 40% foram encaminhadas por serviços e profissionais de saúde, alguns destes da própria maternidade; 31,4% chegaram ao serviço de forma espontânea; 10% foram indicadas pela delegacia da mulher; 10%, pelo movimento de mulheres; e as demais (8,6%), por programas de rádio, Universidade Federal da Paraíba etc.

foi o próprio trabalho, a experiência, o convívio com as mulheres e suas histórias de dor e sofrimento que transformaram a resistência de alguns profissionais em solidariedade e compromisso

Foram realizadas 6 interrupções, representando 8,6% do total dos atendimentos. Esse dado vem confirmar os índices apresentados em outros serviços na correlação entre os percentuais de interrupções e de casos atendidos. As interrupções são realizadas até 12 semanas de gestação. Inicialmente, o programa utilizava o método que adota o misoprostol seguido de curetagem uterina; no final de 1999, o serviço foi treinado para a utilização da AMIU (Aspiração Manual Intrauterina).

Dos casos atendidos, 95% foram em decorrência de violência sexual, aparecendo apenas um caso de risco à vida da gestante (que não realizou a interrupção no serviço) e um caso de malformação fetal grave. É importante ressaltar que se tratou da primeira autorização judicial emitida na Paraíba, na comarca de Sapé, para interrupção da gravidez por malformação fetal.

#### A sensibilização e capacitação de profissionais

Não só na Paraíba, mas nos diversos contextos, as/os profissionais de saúde que se dispuseram a atuar nos programas de assistência às mulheres vítimas de violência que incluíam o aborto legal depararam-se com situações muito desafiadoras, que exigiram delas/es coragem, enfrentamento e demonstração de compromisso com a realidade das mulheres; por outro lado, essas experiências proporcionaram crescimento profissional, com-

preensão da questão de gênero e uma visão mais humana e reparadora das injustiças sociais. Isso torna ainda mais evidente a necessidade de pensar estratégias de capacitação e fortalecimento para as/os profissionais de saúde, como a participação nos fóruns interprofissionais sobre atendimento ao aborto previsto em lei e em programas como a Bolsa de Experiência, que possibilita o intercâmbio e o apoio de outras equipes já instaladas, como as de Recife e São Paulo, a exemplo do processo de implantação do serviço na Paraíba, que contou com o suporte da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde.

Vencer a resistência na própria maternidade e obter, não apenas a simpatia e aceitação, mas a cooperação dos outros profissionais do corpo técnico do serviço foi um dos grandes desafios para a equipe. Durante o processo de implantação, a proposta foi cuidadosamente apresentada a todos os profissionais de nível superior da instituição, de maneira a se promover a sensibilização quanto à necessidade do programa. Porém, foi o próprio trabalho, a experiência, o convívio com as mulheres e suas histórias de dor e sofrimento que transformaram a resistência de alguns profissionais em solidariedade e compromisso.

Para além dos muros da maternidade, a opinião pública também vem mudando em relação ao aborto legal. Já se percebe um aumento gradativo do reconhecimento da importância desta assistência às mulheres e do enfrentamento do problema da violência sexual. Podemos considerar que a implantação do programa e todas as discussões geradas em torno dela, assim como sua repercussão, representaram um instrumento de mudança de mentalidade na sociedade paraibana. O exemplo claro foi o caso de malformação fetal, quando uma mulher de um pequeno município rural nordestino recorreu aos trâmites legais para conseguir autorização para interrupção da gravidez e a obteve.

Passado um período de consolidação interna do programa, de fortalecimento das profissionais, das condutas e rotinas, hoje a equipe vem investindo na divulgação do serviço para a comunidade paraibana. Para isso, adotou uma sistemática de visitas aos municípios que encaminharam mulheres para o serviço ao longo destes quase dois anos de funcionamento. O desafio atual é expandir a assistência para a rede básica de serviço de saúde, ampliar o trabalho para a assistência à violência doméstica, envolver os hospitais de emergência na atenção e fortalecer a articulação dos serviços de saúde com instituições de suporte na área de justiça e segurança. Principalmente, é preciso fazer com que, cada vez mais, as mulheres que vivenciarem uma violência sexual possam encontrar nos serviços de saúde uma porta de entrada acolhedora e capacitada para oferecer os cuidados de que elas necessitam.

\* Gilberta Soares é psicóloga, integra o *Cunhã - Coletivo Feminista* e é membro do Conselho Diretor da RedeSaúde. E-mail: [cunha.cf@uol.com.br](mailto:cunha.cf@uol.com.br)



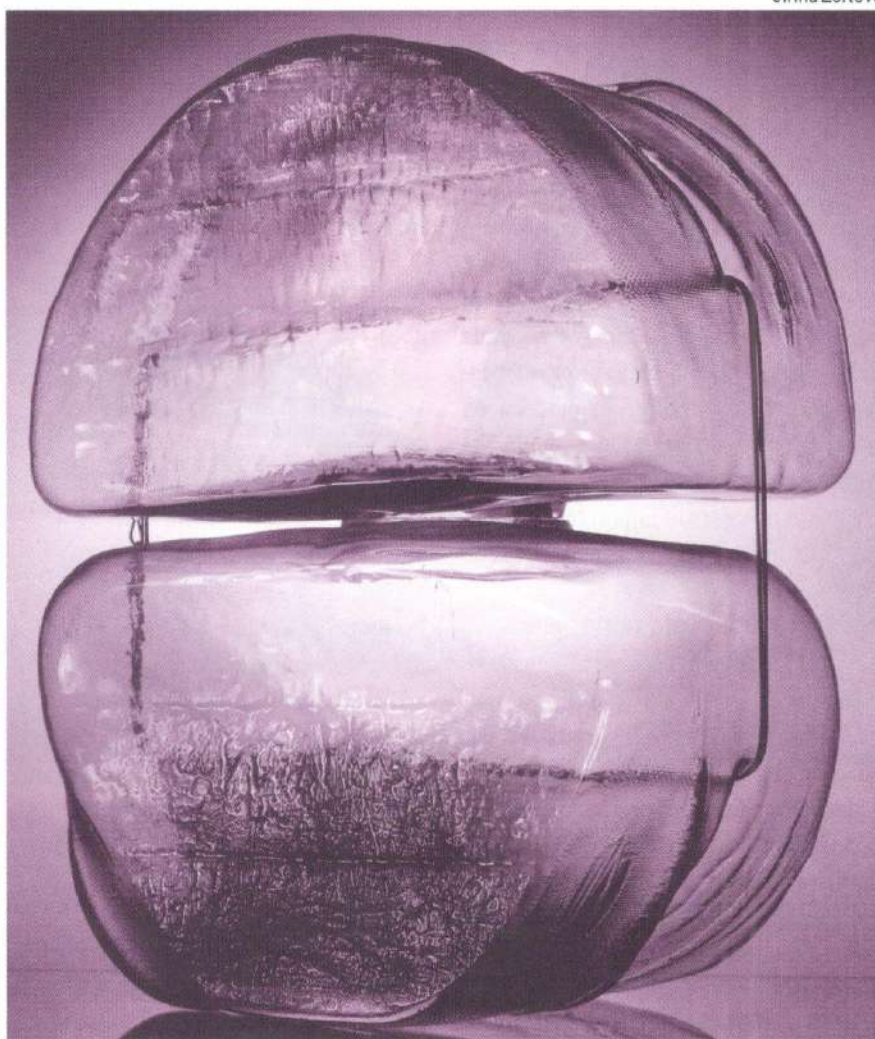
## Tratamento em Situações de Abuso Sexual de Crianças e Adolescentes

Théo Lerner\*

Jirina Zertová

O uso das relações de poder como determinante de direitos e deveres referentes à expressão do desejo sexual acompanha a humanidade desde seus primórdios, possuindo os detentores desse poder – seja ele físico, econômico, político ou emocional – o privilégio do livre exercício de sua sexualidade sobre aqueles sob seu domínio, independentemente da vontade dos mesmos. Entretanto, nos últimos cinquenta anos, diversos conceitos, tais como direitos humanos, cidadania, gênero, infância, adolescência, violência e abuso sexual, vêm sendo desenvolvidos e têm mudado de forma radical a perspectiva pela qual a sociedade encara a atividade sexual entre adultos e crianças. Estas últimas passaram a ser consideradas como sujeitos do direito à integridade física, psicológica e social, passando a ser de interesse da sociedade a proteção a estes direitos. Assim, o abuso sexual contra crianças e adolescentes deixa de ser uma transgressão de ordem moral, ou seja, de caráter íntimo e privado, para ser considerada também como uma transgressão social, afetando a sociedade como um todo e exigindo de seus representantes, no caso o Estado, ações no sentido de prevenir o fenômeno, punir os infratores e oferecer tratamento a suas conseqüências físicas, psicológicas e sociais.

É em relação ao tratamento que se encontram as maiores controvérsias, as quais pretendemos discutir neste texto, com base na experiência do Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS) do Centro de Saúde Escola “Geraldo de Paula Souza”, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Criado em 1996, o Programa tem o objetivo de, a partir do atendimento a situações de abuso sexual, obter uma maior compreensão a res-



peito das formas como este se manifesta em nosso meio e estabelecer estratégias de atendimento voltadas à especificidade destes casos, promovendo a divulgação das mesmas entre os profissionais de saúde.

Uma das primeiras constatações do Programa em sua fase de elaboração foi a quase total inexistência de uma discussão a respeito dos aspectos terapêuticos em situações de abuso sexual. Quando essa discussão ocorria, era quase sempre limitada à questão da criação e do livre acesso a serviços

que permitam a realização do aborto legal, como se esta fosse a principal medida terapêutica necessária nestes casos. A despeito da evidente importância do enfoque a este ponto específico, a esmagadora maioria das situações de abuso sexual não resulta em gestação, levando à necessidade de uma discussão mais ampla sobre as formas de tratamento aplicáveis a esta população.

Isso nos levou ao questionamento dos motivos que estariam dificultando essa discussão e, conseqüentemente, a elaboração



de políticas que permitam uma atenção integral e efetiva a este fenômeno. Apenas em 1999 foi lançado pelo Ministério da Saúde um manual técnico com as normas a serem aplicadas aos serviços de atendimento a situações de violência sexual, e mesmo este não determina a forma como estes serviços devem ser implementados ou a quem cabe a implantação dos mesmos.

À falta de definição de linhas gerais de ação associa-se o verdadeiro pânico manifestado por grande parte dos profissionais das mais diversas áreas da saúde, quando confrontados com uma situação de violência ou abuso sexual, levando a condutas e encaminhamentos baseados apenas em convicções emocionais particulares de cada indivíduo, que podem intensificar o desconforto daqueles que buscam auxílio para sua situação ou mesmo agravar os danos decorrentes do abuso a médio e longo prazos. Dentre os fatores mais importantes a motivar tais atitudes podemos citar:

### 1. Complexidade do tema

Diversos enfoques podem ser utilizados na avaliação de uma situação de abuso sexual, cada um deles com sua própria linguagem, objetivos, metodologias, ritos, procedimentos e formas de raciocínio. Assim, podemos analisar estes casos de um ponto de vista médico, jurídico, sociológico, epidemiológico, psicológico, legislativo, policial, político, religioso e moral, entre outros, sendo que nenhum destes pontos de vista é capaz de oferecer isoladamente uma completa abrangência a este fenômeno, o que impossibilita a atuação de um único profissional no manejo das diferentes demandas surgidas em decorrência do abuso.

Além disso, o abuso sexual, especialmente quando envolve crianças, é um tema que desperta fortes reações emocionais na grande maioria dos indivíduos, o que leva a um comportamento de evitação, mesmo entre aqueles dispostos a discutir a questão da violência como um todo. O abuso sexual geralmente é discutido vagamente como um subitem entre os diversos tipos de vio-

lência (física, psicológica, institucional etc), e mesmo assim ocorre o predomínio de um enfoque maior sobre a violência sexual contra a mulher adulta. Dentre os profissionais de saúde que atuam na "linha de frente", a tensão emocional gerada por um caso de abuso sexual em um serviço tende a ser resolvida por meio da rápida transferência de responsabilidades para outro serviço, seja o sistema judiciário, o setor de segurança pública ou o serviço social da instituição. Outra forma de evitar a angústia e a sensação de impotência frente a estes casos é por meio da omissão, fechando-se os olhos para

pouco se fala a respeito de  
violência durante a graduação  
de nossos profissionais

não enxergar a situação, por mais clara e evidente que ela se manifeste. Tal comportamento explicaria a baixa incidência ou a ausência de notificações de violência intrafamiliar, tanto física quanto sexual, em alguns serviços de saúde que atendem a uma grande quantidade de pacientes diariamente.

### 2. Deficiência na formação profissional

De uma forma geral, as questões referentes à sexualidade humana estão praticamente ausentes do currículo de quase todos os cursos superiores em nosso país, incluindo-se as faculdades de psicologia. Da mesma forma, pouco se fala a respeito de violência durante a graduação de nossos profissionais. Associando-se a falta de clareza nos conceitos com uma ignorância quase completa a respeito da legislação e das atribuições das diferentes instituições e áreas de conhecimento sobre o assunto, teremos como resultado profissionais de saúde totalmente despreparados para enfrentar os casos reais que se apresentam, temerosos em se posicionar diante destes e rece-

osos de que o encaminhamento de uma suspeita resulte em algum tipo de inconveniente legal para o profissional.

### 3. Aspectos institucionais

Os serviços atualmente existentes de atenção a situações de abuso sexual são em sua totalidade dependentes do esforço individual dos profissionais interessados em oferecer alternativas de tratamento a estes casos, que obtiveram apoio dos escalões administrativos superiores de cada instituição. Esta situação, à mercê das mudanças de ventos políticos, é completamente instável, uma vez que a saída de um único profissional pode comprometer o funcionamento de todo um serviço. Ao mesmo tempo, impede a organização de uma rede funcional de referência e contra-referência para as diferentes necessidades de cada caso, que atualmente é baseada mais em contatos pessoais e informais que em vínculos institucionais.

Para que possamos atender às diferentes demandas provocadas por situações de abuso sexual, é fundamental que sejam estruturadas equipes multidisciplinares contando pelo menos com médicos, psicólogos, enfermeiras e assistentes sociais, com profissionais treinados para avaliar cada caso em suas particularidades e determinar, sempre em equipe, as necessidades de tratamento ou encaminhamento para cada caso, contando com suporte da instituição para a efetivação dos mesmos e da manutenção dos contatos interinstitucionais.

\* Théo Lerner é médico ginecologista e sexólogo, colaborador do Programa de Atenção a Vítimas de Abuso Sexual (PAVAS) e diretor do Centro de Estudos e Pesquisas em Comportamento e Sexualidade (CEPCoS). Foi bolsista da Fundação MacArthur de 1998 a 2000, com o projeto de um curso multidisciplinar para treinamento de profissionais para o atendimento a situações de abuso sexual, atualmente em sua segunda edição. E-mail: theolerner@vertex.com.br



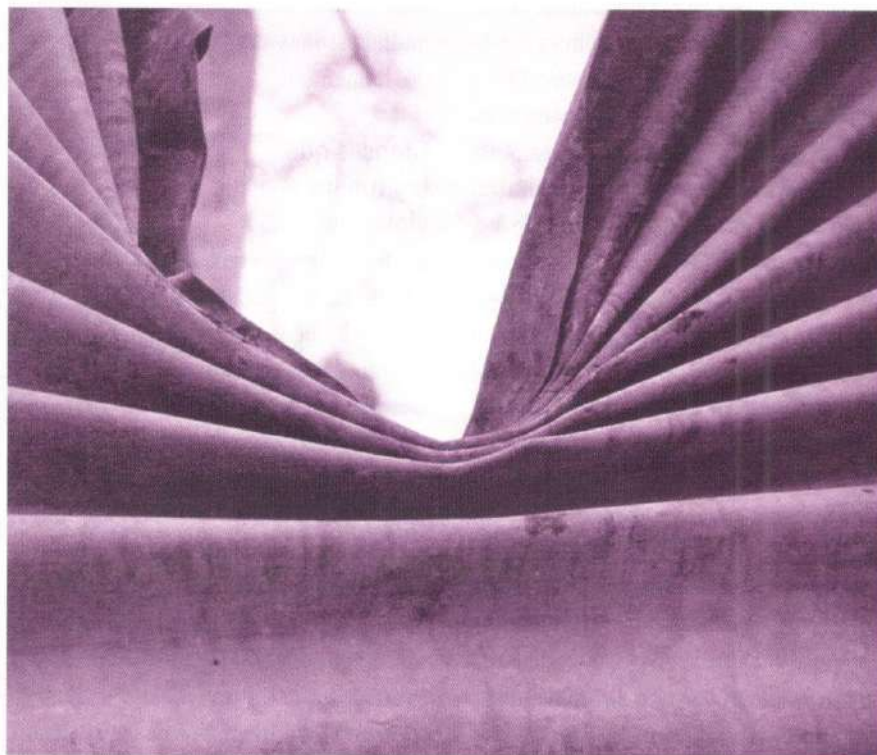
## Abordagem Social sobre Violência e Saúde das Mulheres

Ana Paula Portella\*

Há quase dez anos venho trabalhando com pesquisas na área de gênero e saúde, a grande maioria das quais investigando mulheres e homens de setores populares urbanos e rurais. Sempre me surpreendi com o fato de que, em todos esses estudos, apareciam relatos sobre violência doméstica, mesmo quando o tema da violência não era o objeto de investigação. Perguntávamos às mulheres sobre seus partos e os relatos vinham permeados de violência. Perguntávamos sobre a vida sexual e a violência aparecia novamente. Íamos para o campo do trabalho e, de novo, lá estava a violência.

Entrevistamos jovens de classe média em Recife e novamente a violência apareceu, em menor medida e com maior receio por parte das meninas, mas estava lá, associada ao sexo. Entrevistamos homens e surgiu de novo a violência – conjugal, doméstica e, agora, ligada à sociabilidade masculina, ou seja, como um aspecto importante das relações dos homens entre si e da organização da vida social em contextos de pobreza e exclusão. Em função disso, digo que o tema da violência se impôs, chegando a nós sem que o tivéssemos procurado, levando-nos a trabalhar sobre o assunto, como único modo de ampliar e refinar a nossa compreensão a respeito das relações de gênero em geral e da situação de vida das mulheres em particular.

Quando penso em violência, duas coisas sempre me chamam a atenção. A primeira é o fato de a violência ser instituída como um modo socialmente legítimo para a resolução de conflitos. Interessam-me, particularmente, os contextos nos quais o exercício da violência é aceito e legitimado, bem como as razões invocadas pelos sujeitos envolvidos na situação violenta para justificar o seu uso. A segunda, que se arti-



cula à primeira, diz respeito à esfera privada como um destes contextos de uso legítimo da violência; e aí cabe pensar no modo como se articulam as esferas pública e privada em nossa sociedade.

### A construção e legitimação da violência

Não acredito que a violência seja um atributo constitutivo de nossa humanidade (Wilza Vilella, 1999). Prefiro pensar que é uma possibilidade de convivência que nos é colocada e, como tal, pode ser ou não experimentada. Os impulsos violentos – assim como quaisquer outros, como os ligados à fome ou ao desejo sexual, por exemplo – são passíveis de regulação social. E, como quaisquer outros, são também construídos socialmente e, em cada sociedade específica, tomarão também uma for-

ma específica. As diferentes formas de violência indicam-nos o ponto aonde chegamos nos acordos sociais que caracterizam certos comportamentos ou fenômenos como socialmente ilegítimos ou como crimes passíveis de punição.

No Brasil a violência ainda é, em muitos meios, considerada um modo justo de resolver conflitos e necessário para a vida em comum. Para alguns autores, a violência é uma característica de sociedades ou comunidades de tipo tradicional que, na sua constituição e organização, baseiam-se mais em princípios hierárquicos do que em princípios de igualdade entre as pessoas. As idéias de negociação, acordo e diálogo, bem como o uso dos mecanismos de Estado para a regulação da vida social, não fazem parte do cotidiano desses grupos.

As periferias urbanas brasileiras e as



Georgia O'Keeffe

comunidades rurais e indígenas seriam exemplos de organizações sociais com características mais tradicionais do que modernas. Daí a maior valorização positiva que ganha a violência nestes contextos. Com isso quero dizer que, assim como o desenvolvimento econômico, também a modernização social e política fez-se de forma desigual no Brasil, sendo mais verdadeira para os grupos mais favorecidos e menos verdadeira para os mais pobres. Estes últimos são excluídos porque também estão fora deste processo de modernização, o que é exemplificado pela máxima do senso comum que diz que, no Brasil, a justiça só é igual para todos na letra da lei, mas nunca na sua aplicação.

## Violência entre quatro paredes

Há um domínio, no entanto, que escapa a essa lógica da divisão social entre pobres e ricos, tradicionais e modernos. Trata-se da esfera privada, da vida que acontece todos os dias dentro dos lares e que envolve as relações familiares, amorosas, íntimas e de amizade. Lugar tradicionalmente considerado como do âmbito do indivíduo em contraposição ao da sociedade. Da porta de casa para dentro, nada mais diria respeito ao Estado nem à sociedade, mas apenas a cada um dos que ali vivem e à família, como um todo.

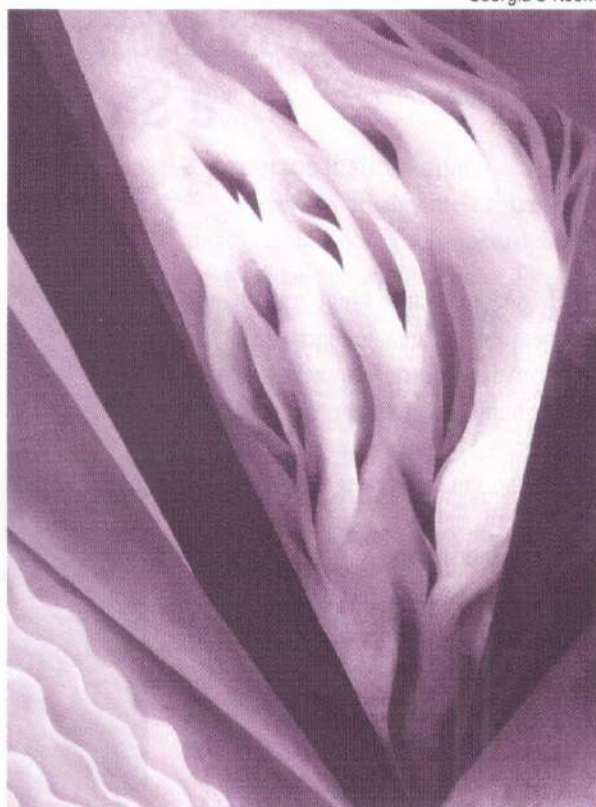
Até muito pouco tempo atrás, o que se vivia no ambiente doméstico nem era tratado na esfera pública e tampouco era regulado no campo do direito e da política. Com o surgimento do movimento de mulheres e, em seguida, de outros movimentos de defesa dos direitos da criança e de homossexuais, por exemplo, alguns dos temas do espaço doméstico foram trazidos a público e são hoje objeto de debate social e intervenção do Estado. Um grande exemplo deste processo foi a constituição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais – que tratam da garantia de bem-estar e qualidade de vida no campo das práticas reprodutivas e sexuais, anteriormente consideradas de foro íntimo. A luta pelos direitos

reprodutivos e sexuais tornou visível uma série de situações injustas vividas por homens e mulheres na intimidade, cujas consequências negativas atingiam a saúde e o bem-estar, sobretudo das mulheres, mas também dos homens.

## Crenças que legitimam a violência

São muitas as crenças que justificam, para mulheres e homens, um certo grau de violência doméstica, todas elas associadas ao modo como homens e mulheres devem se comportar dentro do casamento e em sociedade. Uma dessas crenças é a de que o controle faz parte do amor e do casamento. Outras ligam-se à hierarquia existente entre o casal, onde o homem situa-se no lugar de maior poder, podendo, portanto, definir as regras e o que é certo e errado na convivência conjugal. Os homens justificam seus atos de duas maneiras: a mulher não teria cumprido com suas obrigações e, por isso, mereceria apanhar para aprender – trata-se da “função educativa da violência”; além disso, a mulher poderia não estar respeitando a sua individualidade, estaria cerceando os seus direitos de estar só, de sair, de estar preocupado ou indignado. De certa forma, também aqui a mulher não estaria cumprindo bem o seu papel de esposa, merecendo, por isso, ser punida. Neste último caso, podemos incluir a violência sexual, que se baseia na idéia de que é o desejo masculino que orienta o ato sexual, autorizando, portanto, o uso de violência quando a mulher, por qualquer razão, não cede a este desejo.

Todas estas crenças e justificativas ligam-se, sem exceção, à desigualdade entre



homens e mulheres. Mais poderosos, os homens detêm a prerrogativa de mandar e controlar os demais membros da família, com a concordância das mulheres, das crianças e da sociedade em geral. Não custa lembrar que, de modo geral, estas idéias são transmitidas e reconstruídas cotidianamente por adultos de ambos os sexos quando educam as crianças. Quando as meninas lavam os pratos e arrumam a casa enquanto os meninos continuam brincando, fica claro para ambos quem tem mais direitos e quem tem deveres, o que, já ali, muito cedo, institui desigualdades e a idéia de que meninos valem mais do que meninas. Mais tarde, os meninos podem sair, escolher seu grupo de amigos e suas namoradas e viver sua sexualidade livremente, enquanto as meninas são reguladas e têm que fazer uso de diversos tipos de estratégias para fazerem as mesmas coisas: também aí se está construindo a idéia de que elas têm menos direitos e mais deveres. Quando os dois, homem e mulher, unem-se em um encontro amoroso, já está claro para ambos qual é o lugar de cada um.



### O silêncio é cúmplice da violência

Infelizmente, não temos a dimensão exata do fenômeno da violência doméstica, conjugal e intrafamiliar no Brasil. Não há estudos abrangentes que nos digam do alcance do fenômeno. O que sabemos é que, sempre que se estuda o tema, em pesquisas qualitativas ou quantitativas de menor alcance, a frequência com que os relatos aparecem impressiona qualquer um. São muitas as dificuldades para se chegar a informações confiáveis sobre violência doméstica. Em primeiro lugar, temos a própria definição do termo e suas múltiplas formas de expressão. Em segundo lugar, temos, como já disse, o fato de que, em geral, a violência doméstica é tratada como um assunto privado e, por isso, há muita relutância por parte das vítimas para falar sobre o assunto. Os agressores, por seu turno, relutam também pela razão oposta: sabem que seus atos podem ser considerados criminosos e não desejam se expor. Além disso, há, por parte das mulheres, a vergonha e o medo de retaliação por parte dos agressores.

Mas, relacionado ao silêncio das mulheres, penso que há um aspecto mais importante: é a ausência de escuta social. Com exceção de algumas bravas organizações de mulheres e uns poucos serviços públicos criados graças à ação destas organizações, as mulheres não encontram nem escuta nem apoio social para enfrentar a violência que sofrem. E isso acontece justamente pela existência de uma crença comum na legitimidade e necessidade deste tipo de violência. Com isso, a mulher é desautorizada e desestimulada a falar sobre a sua situação e a procurar ajuda para sair dela. Isto começa com a própria família, que nem sempre apóia as filhas em situação de violência. Conheço alguns casos de mães que estimulam as filhas a permanecerem com os maridos agressores, indicando-lhes o melhor modo de se comportar para não provocar a ira masculina, reforçando as ameaças de morte feitas pelos maridos – melhor manter-se viva com ele do que se

separar para morrer – e valendo-se da máxima “ruim com ele, pior sem ele”. Assim como estas mães, agem do mesmo modo religiosos, líderes comunitários e profissionais de saúde. E se a rede social desta mulher foi rompida com o casamento, neste momento ela encontra-se só, provavelmente culpando-se por ter escolhido o homem errado ou por não saber comportar-se com ele.

relacionado ao silêncio das mulheres, há um aspecto mais importante: é a ausência de escuta social

Neste contexto, podemos compreender as dificuldades das mulheres para saírem da situação violenta. Mas, como todos os que sofrem, elas também dão sinais de que precisam de ajuda. Uma das vias que me parecem mais adequadas para um primeiro passo na oferta de ajuda são justamente os serviços de saúde. As mulheres podem não procurar os profissionais de saúde para falar, mas os procuram para tratar de suas lesões. Podem não dizer o que provocou as lesões, mas cabe aos serviços – sabendo da dimensão do fenômeno em nosso país – encontrar meios de investigar a situação da mulher. Isso não será feito se os profissionais de saúde não se perguntarem a respeito de suas próprias crenças e opiniões a respeito das relações entre homens e mulheres. É bastante provável que a maioria dos profissionais compartilhe as mesmas crenças com as mulheres atendidas e a grande maioria da sociedade. E, talvez por isso, acreditem que é suficiente tratar a lesão, esquecendo que talvez pudessem oferecer àquela mulher um espaço de confiança onde ela pudesse encontrar algum apoio para sair da situação em que se encontra.

A fala das mulheres, assim como as suas experiências de vida, continua sendo me-

nos valorizada que a fala masculina. Há mais de um século, as próprias mulheres tentam revalorizar esta fala e estas experiências, através de seus movimentos e organizações. Alguns cientistas sociais acreditam que estes movimentos foram o fato mais importante do século 20, quando conseguiram, pela primeira vez, trazer para a cena pública a idéia de construção das mulheres como sujeitos de suas próprias vidas e da história humana. Esta conquista está inscrita em nosso tempo e em nossa sociedade, juntamente com inúmeras outras pequenas conquistas sob a forma de leis, normas e instituições de defesa dos direitos das mulheres. E, de todas, a mudança mais profunda reside na cultura, na capacidade que teremos de construir novas compreensões a respeito do que é ser homem e o que é ser mulher em nossa sociedade.

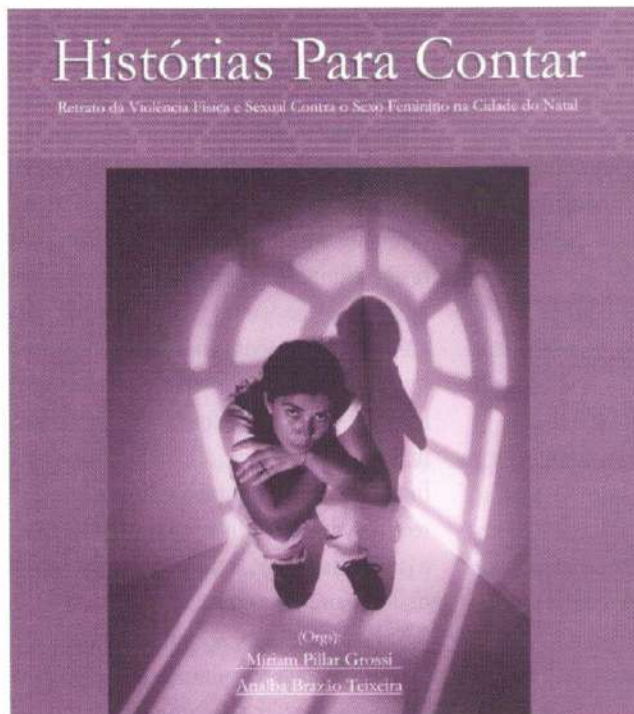
Há mais de um século, Freud desistiu de responder à pergunta que ele próprio havia se colocado: o que querem as mulheres? Com essa atitude, o genial psicanalista agiu como a Igreja Católica em outros momentos, destinando as mulheres a um lugar de obscuridade, de incompreensão, de ausência de razão. Ainda hoje, corremos o risco de mantê-las neste lugar se não perguntarmos, se não escutarmos de modo acolhedor e compreensivo e se não acreditarmos naquilo que as mulheres dizem querer. Vale a pena lembrar que já temos hoje no Brasil uma série de leis e mecanismos institucionais de proteção às mulheres em situação de violência. Resta-nos pensar em modos mais eficazes para combater essa violência.

\* Ana Paula Portella é psicóloga e coordena o Núcleo de Pesquisas do SOS Corpo - Gênero e Cidadania.  
E-mail: anapaula@soscorpo.org.br

Nota: Este artigo contém um resumo da apresentação realizada pela autora no I Congresso IMIP (Instituto Materno-Infantil de Pernambuco) de Saúde da Mulher e da Criança, Recife, 12 a 15 de julho de 2000, na mesa-redonda “Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual”.



## Histórias de Violência para Contar



*Histórias para Contar: Retrato da violência física e sexual contra o sexo feminino na cidade do Natal* é resultado de um amplo estudo realizado de 1994 a 1999 por especialistas e pesquisadoras de Natal/RN, Campina Grande/PB e Florianópolis/SC.

Coordenada pela cientista social Analba Brazão Teixeira, do Fórum de Mulheres do Rio Grande do Norte, a pesquisa contou com o apoio da Casa Renascer/RN e do Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividade (NIGS), do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo principal do estudo foi realizar um diagnóstico sobre a violência contra a mulher em Natal, tendo como marco cronológico os dez anos (1986 a 1996) de funcionamento da Delegacia Especializada em Defesa da Mulher.

A pesquisa apoiou-se em dados levantados nos boletins de ocorrência registrados na DEDAM, nos processos judiciais instaurados junto a duas varas criminais de Natal e em artigos publicados pela imprensa local.

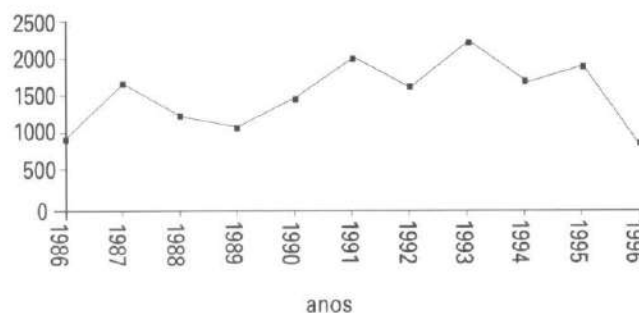
Organizado pelas pesquisadoras Analba Brazão e Miriam Pillar Grossi, o livro apresenta os resultados desse extenso levantamento, acompanhados de análises e comentários das demais participantes da pesquisa: Cláudia Reina, Noêmia Leitão, Silvana Bittencourt, Dennis Wayne Werner e Roseli Porto.

A publicação está dividida em seis capítulos. O primeiro é dedicado à história da pesquisa e apresenta a versão de cada participante sobre as dificuldades enfrentadas e os ganhos obtidos. O segundo capítulo traz dados estatísticos sobre as denúncias de violência em Natal ao longo dos dez anos pesquisados, incluindo gráficos e análises sucintas acerca de

algumas características das ocorrências. Nos capítulos seguintes são apresentadas reflexões sobre as três principais formas de violência encontradas nessas estatísticas: a violência conjugal, os crimes sexuais e os homicídios. Por fim, o último capítulo apresenta um amplo levantamento bibliográfico sobre o tema da violência contra a mulher, que traz, além de livros e textos publicados em periódicos, indicações sobre trabalhos inéditos, dissertações de mestrado, teses de doutorado e sites na Internet.

A seguir, alguns dos principais achados da pesquisa, referentes às ocorrências registradas no período 1986-1996 em Natal:

### Número de Denúncias na DEDAM Natal, de 1986 a 1996



- no primeiro ano de existência da DEDAM (1986) houve 895 denúncias; em 1993 registrou-se o maior número de denúncias (2.251); e em 1996 o número voltou a cair, chegando a 896 denúncias;
- a maior parte das denúncias refere-se a crimes ocorridos no período da noite, chegando a 38,5% dos casos em 1995;
- o tempo decorrido entre o delito e a denúncia era de um a três dias na maioria dos registros em 1987, sendo que nos anos seguintes a maioria das queixas foi apresentada um dia após a agressão (57,5% em 1993);
- dos delitos de violência previstos no Código Penal, a lesão corporal respondeu pela maioria dos casos registrados;
- quanto ao estado civil, em 1986 a vítima que mais apresentava queixa na DEDAM era casada; com o passar dos anos, porém, as solteiras foram assumindo o lugar de principais queixosas;
- já quanto ao estado civil do agressor, a maioria das ocorrências diz respeito a homens casados, que representaram entre 37% (1986) e 47% (1987 a 1993) dos casos;
- a maior parte dos agressores concentrou-se na faixa etária entre 26 a 33 anos;
- a maioria dos crimes sexuais foi cometida por militares e a maioria dos não-sexuais foi praticada por trabalhadores da construção civil.



## Crimes Sexuais contra o Sexo Feminino

Natal, de 1986 a 1996

Delito	1986		1987		1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994		1995		1996	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
atos libidinosos	1	0,1	12	0,7	7	0,6	9	0,8	18	1,2	19	0,9	25	1,5	44	2,0	23	1,3	23	1,2	2	0,2
sedução	4	4,5	52	3,2	47	3,8	51	4,8	44	3,0	55	2,7	56	3,4	59	2,6	41	2,4	50	2,6	17	1,9
estupro	12	1,4	27	1,6	21	1,7	24	2,3	29	2,0	46	2,3	54	3,3	73	3,2	48	2,8	46	2,4	19	2,1
TE/LC	10	1,1	3	0,2	9	0,7	11	1,0	17	1,2	28	1,4	17	1,0	20	0,9	3	0,2	8	0,4	7	0,8
TE/AM	2	0,2	-	-	1	0,1	-	-	1	0,1	2	0,1	1	0,1	7	0,3	6	0,3	1	0,1	1	0,1
E/LC	2	0,2	3	0,2	3	0,2	7	0,7	1	0,1	5	0,2	5	0,3	3	0,1	4	0,2	9	0,5	2	0,2

Legenda:

TE/LC: tentativa de estupro e lesão corporal - TE/AM: tentativa de estupro e ameaça de morte - E/LC: estupro e lesão corporal

Obs.: a categoria "estupro" inclui os casos de TE/LC, TE/AM e E/LC.

### Violência conjugal

Mais de 90% das queixas na DEDAM ao longo desses dez anos referiram-se a conflitos conjugais, em sua maioria envolvendo agressões físicas que se configuraram como delitos de lesão corporal. Segundo Miriam Grossi: "inúmeras são as razões alegadas pelos homens para baterem nas mulheres, sendo a mais comum os ciúmes. No que se refere às explicações dadas às razões pelas quais as mulheres permanecem durante muito tempo em casamentos violentos, prevalecem o machismo masculino e a dependência econômica das mulheres".

### Dos crimes sexuais

Dentre o total das agressões denunciadas na DEDAM, foram selecionados os crimes sexuais, que incluem a sedução, o abuso sexual e o estupro. (veja tabela nesta página)

### Crimes passionais

Ao comentar os dados sobre homicídios de mulheres em Natal, Miriam Grossi destaca que a maioria dos casos diz respeito a maridos, companheiros e namorados inconformados com uma separação decidida pela mulher: "Como vingança a esse ato corajoso da parte das mulheres, eles só encontram uma saída 'honrosa' perante o que a sociedade percebe como a humilhação de ser abandonado pela mulher, qual seja, a tentativa de assassinato da mulher".

Miriam Grossi aponta também o desaparecimento das prostitutas frente à violência masculina, pois raramente esses crimes são denunciados e os criminosos, processados. Isso ocorre porque, por ser prostituta, a vítima já é considerada culpada de antemão até por alguns juizes e promotores.

### Para ter menos histórias para contar

De um lado, um amplo, sério e ambicioso trabalho de coleta e análise de dados abrangendo dez anos de ocorrências sobre as quais se debruçou uma competente equipe de pesquisadoras; de outro, um livro organizado de forma a contar várias histórias: sobre a pesquisa, as pesquisadoras e,

principalmente, sobre mulheres que viveram situações de violência e sobre homens vivendo o papel de agressores. Duas contribuições valiosas na luta pela transformação da trágica realidade da violência sexual e doméstica.

Ao longo do livro evidencia-se a idéia de que ainda estamos longe do dia em que não haverá mais histórias de violência como as relatadas nos depoimentos das vítimas. São histórias contadas por pessoas comuns, que vivem situações de violência em seu cotidiano, no qual a agressão é vista como única forma de resolver conflitos. O livro mostra também que uma mudança nesse cenário passa tanto por uma maior compreensão da relação entre homens e mulheres, como também pela necessidade de melhorar as ações voltadas ao combate à violência, que incluem desde a sensibilização e capacitação de profissionais e funcionários até a melhora na forma de preenchimento do boletim de ocorrência na DEDAM, de modo a permitir uma visão mais precisa sobre a realidade da violência em Natal.

Mesmo considerando os casos não denunciados e os dados incompletos, os números e as histórias contadas no livro já são suficientes para mostrar a gravidade e complexidade da violência contra a mulher, uma triste realidade que não acontece apenas em Natal, mas em todo o país.

### Histórias para Contar

#### Retrato da violência física e sexual contra o sexo feminino na cidade do Natal

Miriam Pillar Grossi e Analba Brazão Teixeira (orgs.)

Natal, 2000, 150 p.

Informações:

#### Casa Renascer

tel.: (84) 202.3220 / fax: (84) 202.2155

#### NIGS/UFSC

tel.: (48) 331.8806 / fax: (48) 331.9714

e-mail: nigs@cfh.ufsc.br



**Publicações**



**Manual sobre Violência Sexual**  
**Não seja vítima duas vezes**  
 Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero  
 Porto Alegre, maio de 2000, 23 p.

A publicação traz informações básicas sobre violência sexual, os direitos da mulher que sofreu violência e prevenção às DST/AIDS. Segundo as coordenadoras, o manual é “fruto de um diálogo construtivo com os serviços públicos das áreas da Segurança, Justiça e Saúde envolvidos no projeto” e busca contribuir para a prevenção da dupla vitimização da mulher submetida à violência sexual. Além de explicar de forma simples conceitos como os de violência sexual, atentado ao pudor, aborto legal e DST/AIDS, o manual orienta sobre o que a mulher deve fazer após a violência e quais são seus direitos, trazendo também uma relação de endereços úteis em Porto Alegre, como os SIMs (Serviços de Informação à Mulher), delegacias, hospitais públicos, unidades de saúde e conselhos tutelares. Mais informações: Themis tel.: (51) 212.0104 E-mail: rsj4362@pro.viars.com.br

**Projeto: Implantação do Serviço de Atendimento aos Casos de Violência Doméstica**  
**Relato sobre a experiência no Hospital Pérola Byington**  
 União de Mulheres de São Paulo  
 São Paulo, março de 2000, 54 p.



Realizada no âmbito da Campanha “Violência Contra a Mulher: uma questão de saúde pública”, a implantação desse serviço é fruto da parceria entre a União de Mulheres de São Paulo e o Hospital Pérola Byington, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Esse caderno apresenta de forma sucinta as diversas etapas do processo de implantação, incluindo análises de dados e relatos das usuárias do serviço. Traz também as principais medidas legais de prevenção à violência e sugestões de leituras sobre o tema. Informações: União de Mulheres tel.: (11) 3106.2367 fax: (11) 284.2862 e-mail: uniaomulher@uol.com.br



**Observatório da Cidadania**  
 Ibase, Fase, Cedec, Inesc e SOS Corpo  
 N° 4, 2000, 243 p.

A edição 2000 do *Observatório da Cidadania* traz um extenso balanço sobre o cumprimento das metas internacionais acordadas na Cúpula de Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995) e na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). A seção brasileira foi dividida em duas partes. A primeira traz uma

análise abrangente da situação atual em relação aos compromissos de Copenhague, que busca identificar, por meio da avaliação estrutural do ambiente econômico, os principais fatores de condicionamento das políticas sociais. Já a segunda apresenta uma versão resumida do relatório preparado pela Articulação de Mulheres Brasileiras, contendo um balanço sobre as políticas públicas voltadas para as brasileiras diante dos compromissos em Pequim. O relatório da AMB faz um diagnóstico sobre a situação da mulher brasileira e as políticas públicas nas seguintes áreas: meio ambiente, saúde, educação, trabalho, violência, participação política, comunicação e mecanismos institucionais para impulsionar essas políticas. Informações: Observatório da Cidadania tel.: (21) 553.0676 fax: (21) 552.8796 e-mail: observatorio@ibase.org.br http://www.ibase.br



**Questões da Saúde Reprodutiva**  
 Karen Giffin e Sarah Hawker Costa (orgs.)  
 Rio de Janeiro, 1999, 468 p.

Para as organizadoras, o livro representa uma demonstração do esforço conjunto da academia, serviços e movimentos sociais na luta pela saúde. Trata-se de um amplo trabalho de organização e sistematização de reflexões produzidas a partir da investigação sobre o tema da saúde reprodutiva e da avaliação das experiências de implantação

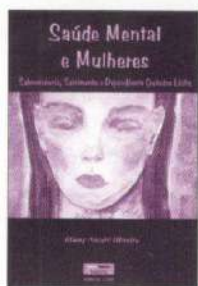
de políticas sociais nessa área. Escritos por especialistas renomados/as em saúde reprodutiva, os artigos apresentam um panorama atualizado do assunto e têm como fio condutor a noção da saúde integral. A publicação traz as seguintes seções: história, política, conceitos; controle da fecundidade; morbi-mortalidade; serviços de saúde; e saúde reprodutiva e grupos sociais. Informações: Editora Fiocruz tels.: (21) 598.2701 / 598.2702 fax: (21) 598.2509



**Reproductive Health Matters**  
 Londres, vol. 8, n° 15, maio de 2000, 199 p.  
 Em inglês

Essa edição aborda a intersecção entre direitos reprodutivos, direitos humanos e ética, a partir de análises e estudos realizados em vários países. Os artigos assinados por especialistas tratam de temas relacionados à justiça econômica; sistemas de saúde; programas de planejamento familiar; complicações decorrentes do aborto inseguro; disfunção menstrual; a epidemia de AIDS e seu impacto sobre a gestação; dilemas éticos na prevenção da transmissão vertical do vírus HIV, entre outros. Informações: RHM e-mail: editor@rhmjournal.org.uk http://www.blackwell-science.com/rhm





**Saúde Mental e Mulheres**  
**Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**

Eliany Nazaré Oliveira  
Sobral, 2000, 151 p.

O livro baseou-se em pesquisa de mestrado desenvolvida pela autora em ambientes hospitalares da cidade de Sobral, Ceará. Em *Saúde Mental e Mulheres*, a professora de enfermagem Eliany de Oliveira analisa os condicionamentos arcaicos do patriarcalismo e do machismo, bem como a ação de uma epidemia química lícita sobre a saúde mental das mulheres.

Como afirma no prefácio o psiquiatra José Jackson Coelho Sampaio, o livro "mostra a magnitude do uso de tranquilizantes para a contenção geral das expressões de dor, desamparo e queixa das mulheres brasileiras". Informações pelos e-mails: elianynazare@bol.com.br / elianynazare@zipmail.com.br

**Gênero no Mundo do Trabalho**

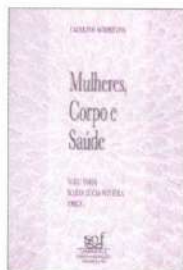
Vários autores e autoras  
*Fundo para a Equidade de Gênero, da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (CIDA)*  
Brasília, 2000, 257 p.

O livro apresenta os resultados do I Encontro de Intercâmbio de Experiências do Fundo de Gênero no Brasil, realizado em Campinas, em agosto de 1999, trazendo também trabalhos



inéditos de professoras e pesquisadoras da relação entre gênero e trabalho.

Essa publicação reúne as experiências e resultados obtidos pelas entidades parceiras da CIDA, que foram apresentados e debatidos durante o I Encontro. O livro está dividido em três partes: subsídios analíticos e comentários; parcerias do Fundo de Gênero – relatos de experiências e resultados obtidos; comentários finais. Ao final, encontra-se um anexo com fotografias do I Encontro e lista de participantes. Informações: Fundo de Gênero tel./fax: (61) 349.6902



**Mulheres, Corpo e Saúde**  
**Cadernos Sempre Viva**

Nalu Faria e Maria Lucia Silveira (orgs.)  
*SOF – Sempre Viva Organização Feminista*  
São Paulo, 2000, 72 p.

O Caderno traz subsídios para o debate sobre a relação entre as estratégias de controle do corpo das mulheres e a fragmentação da saúde, em artigos assinados por Alejandra Rotania, Imrana Qadeer, Lyn Silver e Maria Otília Bocchini.

Segundo as organizadoras, o conjunto de textos apresentados "compõe um panorama dos muitos focos de riscos à saúde, ao bem-estar e à autonomia das mulheres".

Mais informações: SOF tel./fax: (11) 3819.3876 e-mail: sof@sof.org.br http://www.sof.org.br



**Contraceção de Emergência**  
**Opção contraceptiva em tempos de DST e AIDS?**

Regina Figueiredo e Melanie Peña  
*NEPAIDS – Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS*  
São Paulo, 46 p.

A publicação tem o intuito de divulgar e contribuir para uma ampliação no uso da contraceção de emergência, como mais uma opção para a mulher e um direito sexual e reprodutivo.

Além de trazer informações sobre a contraceção de emergência, a obra inclui dados sobre gravidez não-planejada, abortos, esterilização e baixo uso de preservativos no Brasil.

Na segunda parte da publicação são divulgados os resultados de uma pesquisa sobre opções contraceptivas, informação e prevenção às DST/AIDS e possibilidade de uso da contraceção de emergência, realizada com mulheres de baixa renda, usuárias do ambulatório

instalado na Favela Monte Azul, no município de São Paulo. Informações: NEPAIDS tel./fax: (11) 3818.4985 e-mail: nepaids@org.usp.br http://www.usp.br/nepaids



**Só para Mulheres**  
**E homens que gostam muito das mulheres**

Sonia Hirsch  
Rio de Janeiro, 2000, 283 p.

Trata-se de um extenso trabalho de pesquisa sobre a saúde da mulher, escrito em linguagem simples e bem-humorada pela jornalista Sonia Hirsch, que contou com consultoria médica de Stella Marina Pinto Ferreira. Em sua 2ª edição (revista e atualizada), o livro apresenta os seguintes capítulos: as partes mimosas; e as nem tanto; seus probleminhas; & pequenos dramas; óvulos, hormônios; e a famosa TPM; os seios; multiplicai-vos; e se for cedo demais?; na menopausa; osteoporose; pele, cabelo, unhas; delícias terapêuticas; intestino preso; hemorróidas; enxaqueca; hipertensão; hipoglicemia; ansiedade; depressão; fadiga; parasitose; candidíase; mil perguntas; a dieta perfeita. O site do livro (http://www.soparamulheres.com) disponibiliza na íntegra o capítulo sobre a TPM.

Informações: Correcotia tets.: (21) 509.0859 / 509.0450 e-mail: correcotia@correcotia.com



## Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher

# CAMPANHA PELA RATIFICAÇÃO DO PROTOCOLO OPCIONAL

### Um pouco da história da Convenção

Em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher foi aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Em 1981, essa Convenção entrou em vigor. Todos os países da América Latina ratificaram a Convenção.

### Ausência de mecanismos de denúncia

Entretanto, a Convenção não contava com mecanismos que possibilitassem a formulação de denúncias de violação dos direitos humanos das mulheres. A partir de 1995, após a Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim), intensifica-se o processo de elaboração do **Protocolo Opcional da Convenção**, um instrumento por meio do qual o Comitê para Eliminação da Discriminação Contra a Mulher – órgão que monitora o cumprimento da Convenção por parte dos países signatários – passa a ter competência para receber denúncias sobre casos de violação dos direitos das mulheres.

### A Assembléia Geral das Nações Unidas adota o Protocolo Opcional

Em 15 de outubro de 1999, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou o Protocolo Opcional da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, convocando todos os estados-membros a assinarem e ratificarem esse novo instrumento de luta contra a discriminação de gênero.

Quando o Protocolo Opcional entrar em vigor, a Convenção ficará em pé de igualdade com outros instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, possibilitando a formulação de denúncias em caráter individual.

### O Brasil ainda não ratificou o Protocolo Opcional

Ao ratificar o Protocolo Opcional, o Estado brasileiro estará reconhecendo a competência do Comitê para Eliminação da Discriminação Contra a Mulher para receber e analisar denúncias de grupos ou pessoas dentro de sua jurisdição quanto a casos de violação de direitos protegidos pela Convenção. O movimento brasileiro de mulheres considera que a ratificação do Protocolo pelo Brasil é fundamental para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo governo na Conferência Mundial sobre a Mulher.

### Mobilização pela ratificação do Protocolo Opcional

Em agosto de 2000, foi realizada Audiência Pública na Câmara dos Deputados em Brasília, promovida pela Comissão dos Direitos Humanos da Câmara, Bancada Feminina do Congresso Nacional, Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e Agende, tendo como tema a importância da ratificação do Protocolo Opcional.

Em setembro, a Comissão da Mulher Advogada da OAB – seção de São Paulo promoveu seminário para debater e divulgar a Convenção junto aos/as operadores/as do Direito. Ainda em setembro, o CNDM encaminhou carta ao presidente da República, solicitando a ratificação do Protocolo Opcional pelo governo brasileiro.

A Campanha pela Ratificação do Protocolo Opcional é prioridade na agenda de luta da Rede Nacional Feminista de Saúde e da Articulação de Mulheres Brasileiras.