

Violência de gênero e saúde reprodutiva: subsídios para o psicólogo hospitalar

*Julietta Quayle**

Resumo

O presente trabalho propõe uma reflexão acerca da relevância da articulação entre violência e questões de gênero com a atividade do psicólogo hospitalar, considerando-a fundamental para a compreensão do processo de adoecimento e para a proposição de atuações terapêuticas e profiláticas eficazes, críticas e conseqüentes.

Descritores: gênero; violência; psicologia hospitalar; saúde reprodutiva; sofrimento.

Violence de genre et santé reproductive: subsides pour la psychologie hospitalière

Résumé

Le présent travail présente une réflexion concernant l'importance de l'articulation entre la violence et les questions de genre avec l'activité du psychologue hospitalier, en la considérant comme fondamentale pour la compréhension du processus de souffrance et pour la proposition de performances thérapeutiques et prophylactiques efficaces, critiques et conséquentes.

Mots-clés: type; violence; psychologie hospitalière; santé reproductive; souffrance.

Gender related violence and reproductive health: subsidies for hospital psychology

Abstract

The present work presents a reflection concerning the relevance of articulated subject between violence and gender related questions with the activity of hospital psychologist, considering it a basic matter for the understanding of suffering process and for the proposal of efficient, critical and consequent therapeutic and prophylactic performance.

Index-terms: gender; violence; hospital psychology; reproductive health; suffering.

Violencia de género y salud reproductiva: subsídios para la psicología hospitalaria

Resumen

El presente trabajo propone una ponderación acerca de la relevancia de la articulación entre violencia y cuestiones de género con la actividad del psicólogo en el ámbito hospitalario, considerándola fundamental para la comprensión del proceso salud- enfermedad y para las futuras propuestas terapéuticas y profiláticas eficaces, críticas y consecuentes.

Descriptores: género; violencia; psicología hospitalaria; salud reproductiva; sufrimiento.

* É psicóloga pela PUC-SP; especializada em Psicologia Hospitalar e Psicologia Clínica pelo Cons. Fed. de Psicologia; Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. É membro do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde; da Soc. Bras. de Obstet. e Ginecol. Psicossomática; da Fed. Bras. de Ginecologia e Obstetria; e da *Int. Society of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. Psicóloga do HC da FMUSP. Endereço para correspondência sobre este artigo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, 155, Cerqueira Cesar. CEP 05403-000. São Paulo. E-mail: jquayle@hcnet.usp.br

Introdução

Os números da violência no mundo atual impressionam: pela sua magnitude, pela sua constância, pela selvageria, pela impotência que provocam. Impressionam, também, de certa forma, pelo amortecimento da sensibilidade e das reações ao longo do tempo, pela gratuidade das cenas e relatos, veiculados e reprisados *ad nauseam*. Tem-se, hoje, uma única certeza: ela se destinará, preferencialmente, a quem menos a espera, indefeso, ou, paradoxalmente, àquele que a teme, mas não dispõe de recursos para evitá-la. Isto se repete no plano macro e micropolítico, nas relações entre as nações e entre os indivíduos.

Não é somente o espetáculo grandioso da violência moderna que nos impressiona. Ainda causa espécie nossa incapacidade de evitá-la, contorná-la, afastá-la de maneira efetiva, a não ser, esporadicamente, pela instauração de mecanismos de controle (mais ou menos eficazes, dependendo da perspectiva) que, em última instância, usam (ou abusam) de alguma forma de violência, mesmo que instituída.

Tradicionalmente a mulher tem sido vítima de violência ao redor do mundo, como bem nos lembra Biancarelli. Essa violência nem sempre assume a forma do assassinato, com inequívocas provas do feito e do fato, ou da agressão física, com marcas a serem escondidas ou mostradas. Muitas vezes ela é sutil, vicária, subreptícia: num jogo de esconde-esconde, vítimas e agressores se enganam (e iludem) a respeito de sua (in)existência, ou, o que é ainda mais dramático, pensam ser este um retrato de normalidade.

O imaginário social está repleto de representações que desnudam a presença da violência e, por vezes, sua justificativa. Pensemos, por exemplo, o que se desvela no cotidiano de “Mulheres de Atenas”, de Chico Buarque de Holanda:

“Quando fustigadas, não choram
Ajoelham, pedem, imploram
Mais duras penas
Cadenas”

Há que se pensar que existe, então, nesse imaginário, uma complementaridade, uma justificativa relacional para a ocorrência da violência, mesmo que o compositor a desloque (sabiamente) para um passado remoto. Talvez só assim consigamos enfrentar nossos fantasmas: considerando que eles estão mortos e fazem parte de outra cultura, diferente. Já se disse que o sol e a morte não se olham de frente. Todavia, precisam ser vistos e analisados, se desejarmos algum tipo de mudança.

Gênero e violência

Quando uma determinada situação pode ser considerada violenta? Onde estabelecer o limite entre uma discussão acalorada e por vezes necessária na busca do entendimento, da colaboração ou do consenso, e a agressão? A questão pode parecer retórica. Entretanto, a experiência clínica mostra ser muito difícil, por vezes, a distinção entre a disputa saudável e situações que inevitavelmente levam à submissão, ao acobardamento e à desistência. Fala-se, aqui, particularmente, de relações de poder e desigualdade, que muitas vezes são direcionadas à mulher. Essas situações incluem uma vasta gama, num “crescendo”: de proibições, restrições e imposições até a agressão física, o estupro, o homicídio.

Há que se olhar e se pensar essa violência. Aqui nos interessa, especificamente, pensá-la enquanto ameaça à saúde reprodutiva e à saúde mental da mulher, pensando-a no contexto mais amplo de seus direitos civis, como forma de subsidiar o pensar e o fazer do psicólogo hospitalar. Miremos, então, os exemplos de nosso cotidiano.

Em interessante estudo acerca de representações associadas à violência contra mulheres veiculadas em dois jornais em São Paulo, Silva (2000) reproduz e analisa notícias de duas situações de violência cujas vítimas haviam sido mulheres, sendo uma delas especialmente importante para nosso objetivo: a do homem que ficou conhecido como “o maníaco do parque”. A autora enfatiza que não se problematiza, nos textos jornalísticos, a ambivalência masculina ou a produção da violência, sendo a “doença” usada como justificativa para ações aparentemente sem sentido em relação a vítimas que haviam se exposto, desnecessária e voluntariamente, a situações de risco. Em seu ponto de vista, com o que concordamos, “mania e canibalismo” (referente ao outro caso relatado) “ao mesmo tempo, desqualificam o assassino e justificam seu crime”. A doença é utilizada como justificativa para a violência ou seu excesso (será isso redundante?). Não se questiona, assim, o que efetivamente gera a violência entre gêneros: a relação entre os gêneros. Citando Safiotti (1999), ela prossegue:

Ao impedir a identificação do lugar efetivo da produção da violência – a organização social de gênero – a violência contra as mulheres inscreve-se nas próprias normas sociais e somente os excessos, como o caso do maníaco do parque, são identificados como violência contra a mulher e criminalizados, *legitimando todas as demais formas de violência* (grifo nosso)

É a esta “legitimação” que queremos nos reportar, usando, para isso, um filtro para olhar o sol: as relações de gênero.

Tomemos emprestado, por mais tempo o “caso do maníaco do parque”, nosso datado *serial killer*, e as tentativas de compreensão do episódio. Independentemente do que se possa pensar acerca da sanidade mental do “maníaco”, muito se disse, à época, a respeito do comportamento “de risco” de suas vítimas: elas deveriam ter “desconfiado” das reais intenções do assassino; elas não deveriam ter aceitado o convite de um desconhecido; não deveriam ter aceitado uma carona; elas se expuseram, por não seguirem as normas, ao castigo – não necessariamente merecido como tal, mas sempre há uma sanção por não se obedecer às normas. O que queremos aqui destacar, com Silva (2000) é que, face à dificuldade de se compreender e atribuir significado e lógica ao comportamento do agressor, parte-se para uma análise do comportamento da vítima/mulher, que acaba sendo responsabilizada pelo que lhe aconteceu, uma vez que ao outro, por sua doença, não cabe responsabilidade.

Dito de outro modo: acaba sendo o comportamento feminino o objeto de análise e de censura, num típico movimento de “*blame the victim*” que traz certo sossego à sociedade. Implícito fica que foi o comportamento desviante das normas que favoreceu a tragédia e que, se a mulher se comportar bem, isto não ocorrerá. Justificativa vazia, uma vez que todos sabemos que não só os maus são punidos; a rigor, os justos são as vítimas preferidas.

Como considerar, então, essa situação de risco da mulher? Como transpô-la do “caso famoso” para o cotidiano? A violência tem várias faces, algumas bastante sutis. Manifesta-se ora através da coerção, ora através do poder econômico. Outras vezes, a (o)pressão se constela de outra forma; tomemos a fala de Maria, durante um atendimento em seu pré-natal:

Eu não queria mais filhos, não, doutora. Cinco já era demais. Mas o João não gosta de usar camisinha porque diz que atrapalha, e não quer que eu tome pílula porque aí eu podia ficar “sem vergonha”, sair por aí, sabendo que não ia engravidar. Nós já tivemos muita briga por isso, mas aí eu abri mão. Ele é bom pai, procura trabalho, procura trazer tudo pr’ os filhos. Ele ficou feliz com a gravidez; eu, nem tanto.

Ou ainda, a fala de Luísa, que havia sido estuprada por um vizinho do bairro em que morava:

Quando meu pai chegou em casa, fiquei com vergonha de falar com ele. Esperei minha mãe e contei para ela. Ela de cara não acreditou, mas depois começou a fazer perguntas e acho que então acreditou em mim. Disse que a gente devia ir falar com meu pai para ver o que tinha que fazer, mas não sabia como porque tinha medo dele. Nunca vou esquecer a reação do meu pai: ele disse que eu havia perdido a honra e ia arrastar o nome da família na lama. Achava que eu é que havia “dado bola” para o Zé e por isso ele tinha vindo me procurar. Só minha mãe ficou do meu lado. Eu quase apanhei naquela noite.

Temos, descritas duas formas muito diferentes de violência contra a mulher. Nas duas, evidencia-se que o ator é sempre o outro; a mulher é o objeto dessa ação, mimetizando outras relações de poder em que a demanda do subjugado, suas necessidades e desejos jamais são considerados – freqüentemente, nem por ele mesmo. Observa-se o uso da sexualidade como poder, por parte do homem, da mesma forma que em que outras vezes vale “a lei do mais forte.” À mulher resta conformar-se. O estupro, este entra na ordem do monstruoso, do impensável, particularmente quando perpetrado por alguém conhecido. Suas conseqüências, em relação à saúde da mulher, são potencialmente inúmeras, tanto do ponto de vista emocional como físico, social e cultural. Podem incluir DSTs várias, gestação indesejada, lesões físicas – sem minimizar a importância da diminuição da auto-estima, a possibilidade de reações depressivas intensas, a ocorrência de problemas familiares, o rompimento de laços afetivos. Todavia, há que se considerar aqui, também, a violência do comportamento paterno, sua descrença, com características não só transgeracionais mas coloridas, também, por questões de gênero.

Em casos de agressão física, por exemplo, sabe-se da dificuldade da mulher em denunciar o ocorrido, e tomar em suas próprias mãos seu destino. Esse aspecto tem sido denunciado na mídia e em produções artísticas diversas, algumas com a intenção, inclusive, de conscientizar mulheres e homens acerca do que ocorre. Mas freqüentemente se esbarra nas representações que regem as relações entre os gêneros, e o comportamento considerado adequado; diz-se que é tão vergonhoso para a mulher apanhar quanto denunciar o fato.

Essa passividade atribuída e esperada da mulher nas relações de gênero dificulta que ela assuma ser protagonista de sua própria existência, particularmente em situações em que se sente vulnerável. É nesse contexto que

aumentam os riscos para sua saúde, particularmente se considerarmos saúde e doença como processos que incorporam as várias vertentes do existir humano, compreendendo as questões biológicas, emocionais, sociais, culturais, políticas e antropológicas. Acresçamos a isso, as potenciais repercussões desses agravos à prole, seja em termos imediatos, seja a longo prazo. E aqui devemos, então, considerar formas de implementar atuações que visem à preservação e à promoção da saúde da mulher, mormente no que concerne à sua saúde reprodutiva e mental e ao respeito de seus direitos reprodutivos. Ao psicólogo hospitalar cumpre, então, estar atento a essas situações, ciente de seu potencial iatrogênico, visando ao diagnóstico cuidadoso e à proposição de intervenções balizadas não somente pela boa técnica, mas também pela compreensão mais abrangente dessas questões.

Saúde reprodutiva e sexual e violência de gênero

Diferentes estudos apontam para a existência de uma associação importante entre violência nas relações de gênero e problemas de saúde física, reprodutiva e mental, havendo uma maior procura de serviços por parte de mulheres que sofreram violência. Acrescentam que usualmente a violência não é investigada, pesando sobre ela um grande silêncio. Nem sempre ela é contabilizada, diagnosticada, considerada. Suas repercussões podem passar despercebidas, receber outro diagnóstico, outras interpretações. Esse silêncio faz da violência que não aparece na mídia o “não fato” – algo que não existe, não é reconhecido e muito menos, considerado ou tratado.

Germain e Antobus (1989) consideram que saúde reprodutiva

refere-se à habilidade de desfrutar de relações sexuais sem medo de infecção, gravidez indesejada ou coerção; de regular a fertilidade sem riscos de efeitos colaterais perigosos ou não desejados, ter acesso à maternidade segura; ter gestações e criar crianças saudáveis (apud Galvão, 1999, p. 170).

A isso, há que se acrescer a proposição de Fathalle (1988) que já enfatizava a importância de que o indivíduo disponha da maior quantidade possível de informações fidedignas para poder embasar suas escolhas e decisões em relação à vida sexual e reprodutiva, da mesma maneira que se lhe deve facultar o acesso aos meios de implementar as escolhas e decisões tomadas – como em outros domínios da vida pessoal.

Em princípio, a saúde reprodutiva associa-se ao respeito aos direitos reprodutivos. De acordo com o ICPD-94 e Beijing-95, esses direitos incluem: a) o direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o intervalo entre eles, e de dispor de informações, educação e meios para tal; b) o direito de alcançar o nível mais elevado de saúde sexual e reprodutiva; c) o direito de tomar decisões referentes à reprodução sem sofrer discriminação, coação nem violência. A *Beijing Platform of Action*, em seu parágrafo 97 (1995), propõe que os direitos sexuais da mulher incluem seu direito de ter controle e decidir livremente sobre as questões relacionadas com sua sexualidade, incluindo saúde sexual e reprodutiva. Propõe relações de igualdade entre homens e mulheres, no tocante à manutenção de relações sexuais e reprodução humana, incluindo o respeito total pela integridade do indivíduo; requer respeito mútuo, consentimento e responsabilidade de ambos pelo comportamento sexual e suas conseqüências.

Esses direitos são, de modo geral, indiretamente previstos nas diversas legislações dos diferentes países; são eles que são desrespeitados no caso da violência entre gêneros. É nesse sentido que incorporar o enfoque de gênero na saúde reprodutiva pode trazer importantes contribuições, especialmente no que concerne à caracterização da demanda existente – que não dever ser feita exclusivamente através de estudos quantitativos, mas, principalmente, dando voz a esse feminino – e masculino – de maneira particular e singular, buscando contextualizar e caracterizar as faces dessa violência e propor formas de intervenção que não reproduzam os modelos paternalistas vigentes.

Especial atenção merecem, aqui, os próprios profissionais de saúde que atendem à mulher em diferentes momentos de seu ciclo vital, particularmente em situações de sofrimento físico e psíquico, como ocorre no processo de adoecimento. Não é infrequente que se estabeleçam relações entre usuárias dos serviços de saúde e profissionais em que uma forma mais sutil de violência se evidencia: a do descrédito, do pouco caso, marcadas pela pressa, pela impessoalidade, pelo preconceito e pelos pré-conceitos que emudecem a mulher, paralisam a relação e inviabilizam qualquer processo em que esta mulher possa ser alçada – ou, melhor dizendo, alçar-se – à situação de protagonista social. Qualquer proposta de investigação e de intervenção precisará incluir, em seus diferentes momentos, a população de profissionais que atua junto às mulheres – inclusive as profissionais mulheres, que muitas vezes, inadvertida ou

inconscientemente, incorporam o modelo da relação dita objetiva e científica, sem espaço para o subjetivo, a história de vida e o sofrimento de sua paciente.

Uma agenda

Diaz e Diaz (1999) propõem que a incorporação do enfoque de gênero nos “programas de saúde reprodutiva implica ter clara consciência dessa condição das relações de poder desiguais que experimentam as mulheres e que além da desigualdade de gênero, também são vítimas da desigualdade de poder por classe social, raça e etnia.”

Há que se pensar, então, formas de intervenção em saúde desenhadas a partir das demandas existentes, considerando aspectos que vão desde a possibilidade de acolhimento em casos de agressões físicas, passando por intervenções psicossociais, individuais e coletivas eficazes, até a efetiva possibilidade de interrupção de gestações indesejadas associadas a estupro e a situações que a ele se assemelham.

Dispomos de meios que podem ser mais bem aproveitados, a partir das estruturas existentes e derivadas do PAISM e do SUS. O que se precisa é, regionalmente e nacionalmente, proceder-se à caracterização da violência e suas repercussões a partir de uma leitura crítica e corajosa dos dados existentes, possibilitando uma leitura diferenciada, que propicie, ela também, uma escuta e uma ação em que se privilegie o “empowerment” das mulheres e se facilite a discussão e a retomada das relações de gênero em patamares diferenciados, além do jogo simbólico implícito na infundável cadeia de auto-acusações e reproches que objetivam ou favorecem, em última instância, a manutenção do *status quo*. Se considerarmos a violência entre gêneros como algo que vai além de suas formas extremas e mais evidentes, veremos que a agenda que facilitaria sua diminuição vai ao encontro dos objetivos precípuos da própria saúde reprodutiva e mental, tal como anteriormente proposta. Sua abrangência ficaria, obviamente, delimitada pelas características regionais, políticas e culturais do entorno específico.

A eleição de áreas específicas de investigação e intervenção – ou áreas prioritárias, com metas e prazos bem estabelecidos, deve levar em conta os aspectos nos quais a violência contra a mulher (e aqui devemos incluir, sem sombra de dúvida, a violência que se efetiva contra sua prole, uma vez que isto inclusive a mobiliza e vulnerabiliza, mesmo quando não é exercida contra a “pequena mulher” menina) é mais cotidiana, independentemente de sua visibilidade. A partir do trabalho com mulheres, cre-

mos poder propor, tentativamente, como áreas a serem demarcadas, aquelas que envolvem a contracepção, a maternidade responsável, o abortamento seguro e a possibilidade do exercício da sexualidade, além, é claro, a prevenção da agressão física. Nessa prevenção delineiam-se ações voltadas para a orientação dos usuários, para o efetivo acesso a serviços de saúde (com qualidade), para o treinamento técnico e educacional dos profissionais de saúde, visando a suas competências e sua capacidade de transcender o modelo tradicional de atendimento ao usuário, particularmente nos serviços públicos.

Importante ressaltar aqui o conceito de qualidade implícito nessas proposições. Consideramos aqui essa qualidade não como algo externo, à moda do “controle de qualidade gerencial” ou similar, mas como a tentativa de avaliar as proposições e realizações à luz dos resultados obtidos em consonância com as demandas e objetivos demarcados, incluindo, mas indo além da questão da competência técnica, sem jamais perder de vista as questões éticas implicadas em todo serviço de saúde.

Essas proposições implicam a desconstrução e a reconstrução de papéis, inclusive de profissionais e usuários, que vão muito além, mas que são atravessados pelas questões de gênero, na expectativa de que modelos mais participativos possam surgir em grupos sociais específicos, atendendo à demanda existente, facilitando a ocorrência de mudanças e o pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos – o que, acreditamos, associa-se à possibilidade de exercício de cidadania e, pelo menos potencialmente, a um estilo de vida mais pleno e consonante com as proposições de promoção de saúde em diferentes níveis. Nesse sentido, é essencial que se estimule a participação ativa, pleonástica mesmo, do usuário e do profissional, com características inclusive educacionais, de modo a que esses efetivamente se transformem em atores e protagonistas dentro de uma sociedade mais justa e igualitária.

Não se trata aqui de buscar a inauguração de uma utopia, “prozaquiãna” e analgésica. Ao contrário, trata-se de construir um fazer cotidiano e corajoso, quase sisifesco, que busque a integração e a subjetivação – e não o sujeitar-se; o desvelar de representações parciais e não sua totalização ou a mera (im)parcialidade. Por sua escuta e ação diferenciadas e sua posição nas instituições de saúde, particularmente no hospital, o psicólogo é, vezes sem conta, o depositário de segredos e medos que permeiam as relações, e, portanto, o profissional escolhido para acolher queixas, súplicas, desesperança. Faz-se

mister que ele se prepare para participar dessa agenda, facilitando a interlocução e propondo intervenções realmente terapêuticas no que concerne às questões de gênero ou por ela atravessadas.

Por fim, nos parece essencial que se deixe de lado, pelo menos temporariamente, a postura de “caça às bruxas” que por vezes caracteriza esse tipo de proposta. Não há, necessariamente, mocinhos ou bandidos em todas as histórias de violência de gênero – talvez seja hora, inclusive, de nos referirmos, daqui por diante, a “violência

entre gêneros”, considerando as sutilezas dessas relações. Não há que, necessariamente, culpabilizar-se este ou aquele ator nas relações complementares que se estabelecem, abrigadas pelo grande guarda-chuva da desigualdade política, social, econômica e cultural. Nesse cenário, faz-se necessário considerar que a violência entre gêneros é sempre relacional, e que o homem deve, ele também, ser incluído nas investigações e programas propostos – ele também, vezes sem conta, vítima de violências outras que precisam ser legitimadas e ouvidas.

Referências

- Declaração de Beijing. (1995). *IV Conferência Mundial sobre a Mulher/ Fourth World Conference on Women*. Recuperado jun, Consulta em 1995, de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingdeclaration.html>
- Holanda, C. B., & Boal, A. (Artist). (1976). *Mulheres de Atenas. Letra de canção popular composta para a peça de Augusto Boal “Mulheres de Atenas”. Gravada no álbum “Meus caros amigos”, de Chico Buarque de Hollanda* [Música].
- Diaz, M., & Diaz, J. (1999). Qualidade da atenção em saúde sexual e reprodutiva: estratégias para mudanças. In L. Galvão & J. Díaz (Eds.), *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Ed. Hucitec & Population Council.
- Fathalla, M. F. (1988). Research needs in Human Reproduction. In E. Diczfaluzi, P. D. Griffin & J. Khana (Eds.), *Research in Human Reproduction. Biennial Report* (pp. 87-88). Genebra: WHO.
- Galvão, L. (1999). Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In L. Galvão & J. Díaz (Eds.), *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Ed. Hucitec & Population Council.
- Silva, A. S. T. (2000). Violência sexual: as representações de gênero no discurso dos jornais Notícias Populares e Folha de São Paulo. In L. O. Scavone & L. E. Batista (Eds.), *Pesquisas de gênero: entre o público e o privado*. São Paulo: Araraquara Cultura Acadêmica ed. & Laboratório Editorial UNESP.

Recebido para publicação em reunião da Comissão Editorial, realizada em 11 de abril de 2006.

Aprovado para publicação em 20 de junho de 2006.