

Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: Desafios e Realidades

Policies on Women's Health Care: Challenges and Realities

Denise de Azambuja Zocche*; **Dora Lucía Leidens Corrêa de Oliveira***;
Mariana P. Ruwer de Azambuja**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul; ** Prefeitura Municipal de Porto Alegre

denise9704@gmail.com; dora@enf.ufrgs.br; mariruwer@ig.com.br

Resumo

Palavras-chave

Políticas de saúde
Violência
Saúde da Mulher

Relato de uma Oficina sobre Políticas de Saúde da Mulher realizada no III Seminário Rotas Críticas: situações limite decorrentes de violências de gênero. Os participantes foram mulheres, dez no total, três estudantes da área da saúde, quatro profissionais da saúde (técnica de enfermagem, psicóloga, enfermeira e assistente social), uma pedagoga e uma advogada. A metodologia utilizada foi a de debate a partir da exposição oral sobre Políticas Públicas de Saúde para mulheres e da audição da música: Mariana foi ao Mar. Ao final do debate concluiu-se que, para compreender e dar conta das necessidades de saúde das mulheres que sofrem violência é preciso revisar, não só, as Políticas de Saúde para as mulheres, mas, também, o ensino da saúde e os processos de trabalho no âmbito da segurança pública. Políticas de saúde; Violência, Saúde da Mulher

Abstract

Keywords

Health Policy
Violence
Women's Health

Report of a workshop on Women's Health Policy held in the third Critical Paths Seminar: extreme situations resulting from gender violence. The participants were ten women, three health students, four health professionals (nursing technician, psychologist, nurse and social worker), an educator and a lawyer. The methodology used was a debate about Women Public Policy and listening of music: Mariana Went to the Sea. By the end of the debate, we concluded that to understand and cope with the health needs of women who suffer violence is necessary to review not only the women health policy, but also health education and the work processes within the public safety sector.

Introdução

A oficina "Políticas de Atenção à Saúde da Mulher – Desafios e Realidades" foi desenvolvida junto a participantes do Seminário Rotas Críticas III com o objetivo de discutir as ações propostas e implementadas pelo Ministério da Saúde brasileiro no que diz respeito à atenção integral à saúde das mulheres com vistas à promoção da saúde, redução das desigualdades e vulnerabilidades e, neste aspecto em particular, questões relacionadas a situações de violência contra as mulheres.

Contamos com a participação de dez mulheres, oriundas de diversos campos de saber: estudantes e profissionais de enfermagem, da psicologia, do serviço social, área jurídica e da educação.

A dinâmica utilizada neste seminário foi composta por três momentos: primeiro, uma exposição sobre as Políticas de Saúde da Mulher; em seguida, uma discussão sobre desafios e realidades no campo da saúde da mulher brasileira; e, por fim, a audição da música *Mariana foi ao Mar* (Rodolfo, 2004) para

de Azambuja Zocche, Denise; Leidens Corrêa de Oliveira, Dora Lucía y Ruwer de Azambuja, Mariana P. (2012). Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: Desafios e Realidades. *Athenea Digital*, 12(3), 279-284. Disponible en <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Zocche>

reflexão final. Nas páginas seguintes, relatamos alguns dos pontos destacados no debate e os questionamentos e reflexões nele suscitados. O debate iniciou com uma discussão sobre a importância dos tratados internacionais de Direitos Humanos na formulação de Políticas Públicas para mulheres. Em seguida, tratou-se dos aspectos históricos do processo de produção e incorporação da ideia de que a violência contra as mulheres é um problema de saúde pública e, finalmente, foi realizada uma análise das Políticas Públicas de Saúde brasileiras destinadas às mulheres.

Violência contra as mulheres: questão de direitos humanos, questão de saúde pública

Desde a década de 1960, a partir das denúncias do movimento feminista, a violência doméstica contra mulheres tem sido reconhecida como uma violação dos Direitos Humanos (Azambuja, Nogueira, 2008, Monteiro, 2005) e, apenas mais recentemente, como um problema de Saúde Pública (Heise & Garcia-Moreno, 2002; WHO, 2005).

Neste contexto, é importante destacar que a noção e formulação jurídica dos Direitos Humanos é algo bastante recente no mundo ocidental, sendo um de seus marcos fundadores a *Declaração Universal dos Direitos dos Homens*, de 1948. A introdução dessa discussão no contexto internacional causou impacto nas Constituições de diversos países, fazendo com que o direito interno desses países e o direito internacional passassem a constituir um sistema de proteção jurídica dos direitos humanos, expresso nos tratados internacionais e nas Constituições dos Estados (Azambuja & Nogueira, 2008).

Embora o Brasil tenha passado por um período de exceção política durante o Governo Militar ditatorial, a partir do processo de redemocratização da década de 1980, a Constituição Federal e suas leis complementares incorporaram a temática da garantia de direitos. No que diz respeito à saúde, as conquistas do movimento da Reforma Sanitária se consolidaram nas Leis 8080/90 (Brasil, 1990a) e 8142/90 (Brasil, 1990b), fundadoras do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual pretende transformar o modelo de atenção à saúde por meio de princípios como universalidade, equidade e integralidade, sendo este último o eixo proposto como orientador da organização dos serviços de saúde.

A importância dos tratados internacionais de Direitos Humanos para a formulação de Políticas Públicas e, mesmo, para a vida cotidiana das pessoas está no fato de garantirem direitos específicos aos indivíduos e estabelecerem obrigações e responsabilidades aos Estados signatários. Além disso, tais pactos criam mecanismos para monitorar a obediência dos Estados com relação às suas obrigações e permitem que os indivíduos busquem compensações por violações desses direitos. Assim, ao assinar um tratado internacional, o Estado signatário fica obrigado a cumpri-lo e submete-se ao monitoramento para verificação de seu cumprimento e à jurisdição internacional (Campos, 2004).

A Lei 11.340/2006 (Brasil, 2006), conhecida como “Lei Maria da Penha”, foi promulgada no Brasil em resposta aos acordos internacionais assinados, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), realizadas, respectivamente, em 1984 e 1995. A referência à Maria da Penha é uma homenagem à mulher com esse nome, vítima de agressões severas do marido e duas tentativas de homicídio: na primeira vez, com arma de fogo, deixando-a paraplégica, na segunda, por eletrocussão e afogamento. Maria da Penha sobreviveu e, por diversos anos, lutou na justiça brasileira para criminalizar e punir seu agressor. Somente após 19 anos o agressor foi punido, permanecendo, no entanto, apenas dois anos em regime fechado, favorecendo-se das fragilidades do sistema jurídico-penal brasileiro para a responsabilização de tais atos. Maria da

Penha, valendo-se dos compromissos assumidos pelo estado brasileiro a partir dos diversos tratados e convenções de Direitos Humanos dos quais o país é signatário, recorreu à Suprema Corte de Direitos Humanos (OEA) a fim de denunciar as dificuldades encontradas para a condenação de seu marido.

Tal como afirmamos acima, ao ser signatário destes acordos internacionais, o Brasil assumiu compromissos e ficou sujeito a sanções internacionais no caso de seu descumprimento. No que tange à violência contra as mulheres, Jandira Feghali (2007) enumera os seguintes compromissos ratificados pelo Estado brasileiro em convenções internacionais:

- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ou *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* - CEDAW), de 1979, a partir da qual a violência contra as mulheres passou a ser reconhecida como um crime contra a humanidade;
- Plano de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, de 1995;
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará, de 1994);
- Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, além de outros instrumentos de Direitos Humanos (p. 90).

Assim, a OEA entendeu que, no caso de Maria da Penha, o estado brasileiro não apenas havia sido omisso com relação às agressões sofridas, mas também havia favorecido a impunidade do agressor devido à ausência de estruturas jurídico-legais adequadas. Como sanção e forma de reparação aos maus causados à Maria da Penha, o estado brasileiro foi obrigado a criar uma lei (Brasil, 2006) que estabelecesse um conjunto integrado de normas, com a devida caracterização da violência doméstica e familiar, medidas articuladas de prevenção e assistência, além dos procedimentos referentes ao processo, julgamento e aplicação de decisões no âmbito cível e penal, sempre que necessárias.

Então, a lei foi denominada “Lei Maria da Penha” em homenagem à mulher que ousou denunciar esta situação. A Lei inova em medidas como a retirada dos crimes de violência doméstica e familiar dos Juizados Especiais Criminais (destinados a “crimes de menor potencial ofensivo”) e criação de juizados especiais específicos (Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher), vedação de penas pecuniárias (como cestas básicas ou multas) e inserção de penas alternativas, como a obrigação do agressor de freqüentar programas de recuperação, entre outras medidas (Feghali, 2007). Tomando como exemplo a Lei Maria da Penha, pode-se concluir que a importância dos documentos, tratados e convenções internacionais vai muito além de uma questão de política internacional, podendo repercutir fortemente na vida cotidiana das mulheres brasileiras.

Já no campo da saúde pública, foi apenas na década de 1980 e, principalmente, de 1990, que aumentou a preocupação com o problema da violência doméstica contra mulheres. Em 1994, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou uma conferência internacional com os Ministros de Saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre a problemática da violência. Dentre as conclusões deste encontro, destacou-se a constatação de que, devido ao grande número de vítimas e à magnitude das seqüelas físicas e psicológicas, a violência adquiriu um caráter endêmico e se tornou uma responsabilidade da Saúde Pública, uma vez que cabe a este setor o atendimento de urgência, tratamento e reabilitação das vítimas. A partir de então, atos como suicídios, homicídios e acidentes fatais deixaram de integrar a categoria de “causas externas” da Classificação Internacional de Doenças (CID) para constituir uma categoria própria (Minayo, 2006). Neste processo, foram também realizados diversos estudos multicêntricos sobre a temática. Em 1997, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

iniciou um estudo padronizado e articulado entre dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia) sobre a saúde das mulheres e suas vivências de violência doméstica. Os resultados preliminares mostraram que a violência praticada contra as mulheres é um fenômeno universal que ocorre em todo o mundo, sendo seus perpetradores, frequentemente, pessoas conhecidas das vítimas (Skinner, Hester & Malos, 2005; WHO, 2005).

A violência doméstica não constitui, por si, um problema de Saúde Pública. Contudo, estudos mostram que a violência doméstica contra as mulheres acarreta em custos sociais e econômicos avultados, representados, entre outros, através dos gastos com tratamentos de saúde e pelos dias de trabalho perdidos pelas mulheres submetidas às agressões (Eberhardt-Gran, Schei & Eskild, 2007; Heise & Garcia-Moreno, 2002; WHO, 2005). Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde sobre os Cuidados de Saúde Primários (WHO, 2008), a violência conjugal apresenta inúmeras e bem documentadas consequências para a saúde das mulheres. Mulheres vítimas de maus-tratos recorrem constantemente aos serviços de saúde com queixas difusas e pouco claras, mais associadas a aspectos psicossomáticos do que a problemas físicos evidentes, o que, de certo modo, expressa também o impacto que tais situações causam na sua saúde física e psicológica, conforme vem sendo reconhecido em diversas investigações (Eberhardt-Gran, Schei & Eskild, 2007; Heise & Garcia-Moreno, 2002; WHO, 2005).

As repercussões de situações de violência doméstica na saúde física e psicológica das mulheres revelam a abrangência e magnitude do problema, o que reforça a necessidade de políticas públicas para seu enfrentamento e prevenção. Apesar de, muitas vezes, as vítimas não buscarem tratamento para as sequelas da violência conjugal ou não as apresentarem como motivo de busca por atendimento, o Sistema de Saúde é um local crucial para identificação, tratamento e acompanhamento de situações desse tipo de violência sendo, muitas vezes, o primeiro ponto de contato com uma mulher que sofre violência (Ertürk, 2005; Garimella, Plichta, Houseman & Garzon, 2000; WHO, 2008).

De acordo com Minayo (2001), a violência pode se expressar de diversas formas, entre estas a estrutural. Por este termo, a autora entende toda a forma de violência que incide sobre as condições de vida das pessoas, a partir de decisões históricas, econômicas e sociais que, pelo caráter de perenidade, acaba tendo uma conotação “natural”, tal como é o caso das desigualdades presentes nas políticas públicas. Assim, pontuamos a influência das políticas de atenção à saúde na vida das mulheres, em especial em relação à possibilidade de estas políticas resultarem em situações de violência estrutural.

Políticas de Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil - desafios e realidades: as reflexões geradas na oficina

Durante a primeira etapa do debate, várias vezes, o grupo destacou a participação da mulher e o papel do Estado como pontos frágeis para que as políticas de saúde possam ser efetivas. Por se tratar de um grupo de mulheres, ao longo das intervenções, as participantes da oficina expuseram suas próprias histórias de vida, utilizando suas experiências para exemplificar como é ser mulher no Brasil, no que diz respeito ao acesso à saúde, ou para argumentar sobre o que as mulheres precisam para ter saúde. Duas situações intensificaram o debate: a Lei nº 11.108 (Brasil, 2005), a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e as questões relativas ao Planejamento Familiar.

Em diversos momentos, as participantes indicaram responsáveis pelos problemas vivenciados pelas mulheres no campo da saúde: ora os serviços de saúde, na figura dos profissionais, ora o Estado que,

na visão do grupo, não dispõe de serviços e profissionais suficientemente preparados para o atendimento das mulheres que sofrem violência. Também foram trazidas ao debate as questões de gênero. Nesta perspectiva, as discussões focaram os papéis sociais distintos para mulheres e homens e o quanto as mulheres estão buscando romper com certos estereótipos e “marcas”. Os exemplos citados foram a naturalização da maternidade e a responsabilização da mulher pelo controle da reprodução. Uma participante, que é profissional de saúde, argumentou com bastante ênfase que as mulheres deveriam ter mais acesso a acompanhamento psicológico para lidar com as questões de gênero. Este argumento talvez tenha relação com a tradicional idéia de que as necessidades de saúde das mulheres só podem ser resolvidas a partir de intervenções técnico-científicas, desconsiderando-se a importância de ações de cunho político e social. Neste sentido, cabe perguntar: ter atendimento e acompanhamento psicológico garante às mulheres o respeito aos seus direitos?

Outra inferência que pode ser feita a partir da experiência vivenciada no debate com este grupo de mulheres é que, nas profissões da saúde, ainda são bastante fortes alguns preconceitos relativos a gênero e certas idéias sobre o modelo ideal de atenção à saúde, as quais já deveriam ter sido superadas. Com relação especificamente a esta última questão, por exemplo, as falas das participantes indicaram uma ênfase à importância de ações centradas nos profissionais e não nos usuários, contrariando as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Considerações finais

Para finalizar o seminário, escutamos a música *Mariana foi ao Mar* que relata o sofrimento emocional de uma mulher que pensa em cometer suicídio, mas, ao final, ressignifica sua vida mudando de idéia e decidindo viver. A letra da música suscitou discussões sobre como é difícil para as mulheres conseguirem superar sozinhas os problemas, ressignificando suas vidas, e sobre como a reestruturação das Políticas de Saúde pode contribuir para que isto aconteça. Além disto, foi destacada a importância dos processos formativos não só na área da saúde, mas também, na segurança pública, no trabalho, etc, para que em conjunto seja possível compreender e dar conta das necessidades de saúde das mulheres.

Referências

- Azambuja, Mariana Porto & Nogueira, Conceição (2008). Introdução à violência contra as mulheres como um problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 101-112.
- Brasil (1990a). *Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Acessado em 01 de novembro de 2012, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
- Brasil (1990b). *Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Acessado em 01 de novembro de 2012, disponível em http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/lei_federal_8142_28_12_1990.pdf
- Brasil (2005). *Lei 11.108, de 07 de abril de 2005*. Acessado em 01 de novembro de 2012, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
- Brasil (2006). *Lei 11340, de 07 de agosto de 2006*. Acessado em 01 de novembro de 2012, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm
- Campos, Carmen Hein (2004). *Justiça consensual, violência doméstica e direitos humanos*. Em Marlene Neves Strey, Mariana Porto Ruwer Azambuja & Fernanda Pires Jaeger (Orgs.), *Violência, gênero e políticas públicas* (Coleção Gênero e Contemporaneidade, v. 2, pp. 63-84). Porto Alegre: EDIPUCRS.

- Eberhardt-Gran, Malin, Berit Schei & Eskild, Anne (2007). Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J. Gen. Int. Med.*, 22(12), 1668-1673.
- Ertürk, Yakin (2005). Preface. In WHO (Org.), *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses* (pp. vii-vii). Geneva: World Health Organization.
- Feghali, Jandira (2007). Violência contra mulher: um ponto final. *Saúde em Debate*, 31 (75/76/77), 87-96.
- Garimella, Ramani; Plichta, Stacey; Houseman, Clare & Garzon, Laurel (2000). Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(4), 405-411.
- Heise, Lori & Garcia-Moreno, Claudia (2002). *Violence by intimate partners*. In: Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi & Rafael Lozano (Orgs.), *World report on violence and health* (pp. 87-122). Geneva: World Health Organization.
- Minayo, Maria Cecília Souza (2001). Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Social, Questão de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 1(2), 91-102.
- Minayo, Maria Cecília (2006). The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 375-383.
- Monteiro, Fátima Jorge (2005). *Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes*. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Rodolfo, Marcos Valadão (2006). Mariana foi ao Mar. On *Invisível DJ* [CD]. Universal Music Brasil.
- Skinner, Tina; Hester, Marianne & Malos, Ellen (2005). *Methodology, feminism and gender violence*. In Tina Skinner, Marianne Hester & Ellen Malos (Orgs.), *Researching gender violence: Feminist methodology in action* (pp. 1-22). Cullompton: Willan Publishing.
- World Health Organization (2005). *Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization (2008). *The World Health Report: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons](#).

Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra bajo las siguientes condiciones:

Reconocimiento: Debe reconocer y citar al autor original.

No comercial. No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas. No se puede alterar, transformar, o generar una obra derivada a partir de esta obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)