

Saúde e violência de gênero necessário monitoramento

Telia Negrão

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NEGRÃO, T. Saúde e violência de gênero: necessário monitoramento. In: SARDENBERG, C.M.B., and TAVARES, M.S. comps. *Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 109-144. Bahianas collection, vol. 19. ISBN 978-85-232-2016-7. <https://doi.org/10.7476/9788523220167.0006>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

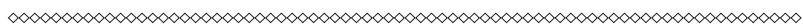
Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

SAÚDE E VIOLÊNCIA DE GÊNERO *necessário monitoramento*¹

Telia Negrão

Antecedentes

Invisível no Brasil até a década de 1970, presente na agenda da sociedade e nas políticas públicas dos dias atuais, a violência de gênero² mantém-se como um tema instigante e provocador de novas abordagens. Mesmo enfocada desde 1984, por vários documentos internacionais (OEA, 1993, 1994), apenas em 2006 o país passou a contar com legislação específica para tratar da violência doméstica e familiar, que, a despeito de suas limitações, se tornou um marco para a defesa dos direitos humanos no país. Novas leis e reflexões surgem à medida que se aprofunda a compreensão sobre o problema e novas interseções são reconhecidas, entre elas as re-



- 1 Este artigo traz argumentos levantados para projetos da Rede Feminista de Saúde, feitos pela autora em parceria com Maria Luísa Pereira de Oliveira para a Campanha Ponto Final.
- 2 Aqui se confere à terminologia de violência de gênero e violência contra a mulher a mesma significação, considerando-se as diversas formas de exercício de poder como uso da força e da coerção contra as mulheres.

lações entre violência e saúde, em especial sexualidade e reprodução, além do aborto, do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Aids. (BRASIL, 2013)

A Lei Maria da Penha (LMP) resultou de prolongado processo de luta das mulheres e da condenação por omissão do Estado brasileiro pela Corte Interamericana de Justiça. Ao ser sancionada, responsabilizou a União, Governos Estaduais, Distrito Federal, Governos Municipais, Poder Judiciário e também a sociedade civil, alertando que a coibição dessa violência se localiza entre os fenômenos sociais de raízes profundas, um produto histórico da constituição imaginária da sociedade, do seu imaginário social (BRASIL, 2006; STREY, 2004, p. 33), portanto, com potente significado cultural. Por seu caráter complexo, essa lei prevê a interface com a saúde,³ abrindo campo para intervir com múltiplos olhares em termos de políticas públicas, entre os quais os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Assim, a conquista de uma legislação específica para a violência doméstica e a sua implementação têm sido uma provocação ao movimento de mulheres e aos setores da sociedade que trabalham para reduzir as desigualdades de gênero. (NEGRÃO; PRÁ, 2005) Pois, se de um lado há um esforço para a efetivação da lei com a instalação de delegacias, juizados, centros de referência, casas de abrigo – uma rede de atendimento –, de outro se revelam resistências e iniciativas provenientes do mesmo poder judiciário, de



3 Neste sentido, a LMP previu a abordagem em saúde em dois tópicos: no Artigo 9º, *caput*, quando diz que “a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde e no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso”; e no parágrafo 3º do mesmo artigo, em que esta assistência “compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual”.

setores conservadores dos governos e da sociedade e de membros do congresso nacional que a colocam em risco.

Ao questionar sua aplicabilidade e sua constitucionalidade sob a alegação de promover a discriminação, demonstra-se um desconhecimento do conceito de “discriminação positiva” introduzido pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação à Mulher (Cedaw), segundo a qual medidas especiais para acelerar a igualdade entre os sexos deixam de ser negativamente discriminatórias. Já aplicada inclusive em favor de homens com argumentos de caráter preconceituoso e estereotipado, a Lei Maria da Penha provocou reflexões sobre as causas das resistências desses setores. Sobre isso, comenta Campos (2008):

A relutância em aplicar a Lei Maria da Penha talvez possa ser explicada pelo desconhecimento da violência de gênero em nossa sociedade e pelo senso comum teórico dos juristas (Warat). Ao desconhecer que a violência de gênero é estruturante das relações hierarquizadas entre os sexos, os operadores do direito desconhecem que ela produz uma vulnerabilidade específica. É exatamente essa situação que torna a natureza da violência doméstica distinta de todos os demais delitos. Esse desconhecimento tem como consequência decisões inadequadas que acabam por sustentar a aceitação social da violência contra as mulheres.

As dificuldades de garantir uma cidadania plena às mulheres, sem violência e com direitos, se apresentam como um contínuo na história do Brasil e da região latino-americana. Segundo Abrazinskas e Lopes Gómes (2007), quando determinadas políticas públicas tocam no campo complexo da sexualidade e autonomia das mulheres, incluindo sua saúde física e psíquica, essas são trasladadas para o terreno da disputa de poder, no sentido de “quem manda mais”, e onde, em geral, as questões democráticas têm sido burladas pela forte intromissão de elementos externos ao

estado na política, como as religiões e crenças pessoais, mesmo em países relativamente laicos, como o Uruguai, país de onde falam.

Sobre a luta pelas delegacias especializadas desde 1984 muito já se escreveu e sistematizou no Brasil (BRASIL, 2004a; HERMANN, 2006), identificando-se dificuldades no processo de sua criação, *status* na estrutura policial, escassez e baixa qualidade quanto aos recursos humanos e materiais e limites de atuação, vinculadas, sobretudo, ao não reconhecimento dessa forma específica de violência, algo muito relacionado às crenças predominantes na sociedade. Ao longo das décadas de existência, a despeito de sua capacidade de disseminar a ideia da necessidade de punir a violência contra as mulheres, as delegacias foram numericamente pouco ampliadas, cobrindo menos de 10% dos mais de 5 mil municípios brasileiros. E já se sabe que para serem efetivas, precisam estar vinculadas a redes de atendimento complexas, com de centros de referência, casas abrigo, juizado especializado, defensoria pública e ministério público voltados para o tema, além de redes setoriais, como de segurança pública, saúde e assistência, e de um controle social efetivo que monitore e estimule sua existência e aprimoramento.

Na sua relação com a saúde, o trabalho com a violência de gênero encontra barreiras diferentes, como a visão fragmentada, embora assentadas em fundamentos semelhantes, acerca dos quais desejamos aprofundar neste trabalho, a fim de oferecer ao movimento de mulheres argumentos e alguns caminhos para a reflexão e elaboração de estratégias de *advocacy*, monitoramento e controle social e, quem sabe, a gestores, para a elaboração de políticas. Busca-se, também, contribuir para que o Observatório para a Implementação da Lei Maria da Penha reflita outras perspectivas além dos aspectos relativos à justiça e segurança. Para tanto, escolhemos enfatizar a violência sexual e saúde sexual e re-

produtiva, com ênfase no acesso à atenção aos agravos⁴ e a interseção de violência de gênero e HIV/Aids. (BRASIL, 1940)

Com a intenção de montar um panorama, utilizamos alguns estudos elaborados por pesquisadoras/es brasileiros e os resultados do levantamento de dados nacionais para um estudo multinacional, impulsionado pela campanha internacional denominada *Women Won't Wait* (Mulheres não esperam: acabemos com as epidemias Aids e a Violência Já) e apoiado pela agência das Nações Unidas para a Aids (Unaid). O panorama inicial é oferecido pelo Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) e aportes de vários estudos brasileiros e internacionais.

O que já se disse sobre violência e saúde

Como uma importante referência para a busca de consenso científico sobre o tema, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) foi elaborado a pedido do Secretário Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), no início dos anos 2000, para respaldar estratégias em cada país e sensibilizar a opinião pública do planeta. Esse informe aborda em dois dos nove capítulos as violências com determinação de gênero e suas consequências para a vida das mulheres.⁵ A partir de evidências, é reconhecido que as mulheres abusadas física e sexualmente na infância ou na fase adulta desenvolvem mais problemas de saúde do que as outras mu-



4 A previsão legal existe desde 1940, no Código Penal Brasileiro, Artigo 128.

5 A violência sexual tem um impacto profundo sobre a saúde física e mental. Além de causar lesões físicas, ela está associada a um maior risco de diversos problemas de saúde sexual e reprodutiva, com consequências imediatas e em longo prazo (4, 7 - 16). Seu impacto sobre a saúde mental pode ser tão sério quanto seu impacto físico, podendo ser também de longa duração (17 - 24). As mortes subsequentes à violência sexual podem se manifestar sob a forma de suicídio, infecção por HIV (25) ou assassinato - que pode ocorrer durante uma agressão sexual ou, posteriormente, como um assassinato "pela honra" (26). A violência sexual também pode afetar profundamente o bem-estar social das vítimas; em consequência dessa violência, as pessoas podem ser estigmatizadas e jogadas ao ostracismo por suas famílias e outras pessoas (27, 28). (OMS, 2002, p. 161)

lheres, ficando mais predispostas ao adoecimento psíquico, ao desenvolvimento de comportamentos de risco, o que incluiria maior adesão ao tabaco, à inatividade física e abuso de álcool e drogas:

[...] o fato de ter um histórico de ser alvo de violência coloca a mulher em risco crescente de depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, lesão física, distúrbios gastrintestinais, síndrome de intestino irritável, diversas consequências na saúde reprodutiva. (OMS, 2002, p. 102)

Ao abordar os impactos sobre a saúde reprodutiva, o informe da Organização Mundial da Saúde (2002, p. 103) relata que

[...] as mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para se proteger contra gravidez indesejada ou doenças. A violência pode levar diretamente à gravidez forçada ou a infecções sexualmente transmitidas, inclusive infecção por HIV, através do sexo forçado, ou ainda indiretamente, ao interferir na possibilidade de uma mulher usar contraceptivos, inclusive preservativos.

Outros trabalhos compilados pela OMS (2002) relacionam a violência doméstica com direitos reprodutivos ao identificarem que é mais comum em famílias com muitos filhos, levando a investigar se o elevado número de filhos foi a causa ou a consequência da violência, concluindo que, como esta começa em 80% dos casos nos primeiros anos de casamento, pode ser, na verdade, a causadora de gestações numerosas e não desejadas.

A OMS (2002) identificou ainda relações entre a violência durante a gravidez com o aborto espontâneo, a entrada tardia em cuidado pré-natal, bebês natimortos, parto e nascimento prematuros, lesão fetal, baixo peso ao nascer, uma das principais causas de morte infantil nos países emergentes e, por fim, a mortalidade materna.

Há evidências científicas de que a violência é responsável por até 16% das mortes maternas em países como a Índia, mas esses dados também são encontrados no Brasil, ainda que fora dos in-

dicadores de mortalidade materna,⁶ e em países desenvolvidos, como os Estados Unidos. (PORTO ALEGRE, 2009)

Em relação à saúde física, o Relatório da OMS (2002, p. 104) mostra que a violência pode levar a lesões, desde cortes e hematomas, até invalidez permanente e morte. De 40% a 72% de todas as mulheres que sofreram abuso físico de um parceiro em algum momento de sua vida, dizem os estudos de base populacional em que se assenta o informe que elas poderão sentir as consequências, sendo as mais comuns os “distúrbios funcionais”. Esses distúrbios frequentemente não apresentam uma causa médica identificável, sendo os mais comuns a síndrome de intestino irritável, fibromialgia, problemas gastrintestinais e diversas síndromes de dor crônica, os quais se vinculam ainda a históricos de abuso físico ou sexual. Acrescenta a esse relatório que as vítimas de abusos tendem a um funcionamento físico reduzido, mais sintomas físicos e, em casos de adoecimento, passam mais dias de cama do que as mulheres que não sofreram abuso.

Segundo a OMS, no campo da saúde mental tem sido identificada maior prevalência de depressão, ansiedade e fobias em mulheres em situação de violência por parte de seus parceiros do que as mulheres que não sofrem diretamente esses abusos. O mesmo ocorre em relação ao risco mais elevado de suicídio e tentativas de suicídio.

Esses adoecimentos frequentes podem condicionar à maior utilização ou demanda mais frequente dos serviços de saúde, elevando seus custos:⁷ em média, diz o estudo, as vítimas de violência de gênero passam por mais cirurgias, consultas médicas,



6 Em Porto Alegre, desde 2002, os homicídios de mulheres na gestação e em puerpério são a causa principal de mortes, embora esse dado não integre os índices de razão de morte materna.

7 O Banco Interamericano de Desenvolvimento patrocinou estudos sobre a magnitude e o impacto econômico da violência em seis países da América Latina. (OMS, 2002) Cada estudo avaliou os gastos resultantes de violência em serviços de assistência à saúde, aplicação da lei e serviços judiciários, bem como prejuízos intangíveis e prejuízos com a transferência de bens. Expresso como um percentual do Produto Interno Bruto (PIB), em 1997, o custo dos gastos com assistência à saúde, resultantes da violência, foi de 1,9% do PIB no Brasil, 5% na Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela.

internações em hospitais, idas a farmácias e consultas de saúde mental durante sua vida do que as que não são vítimas.

Como conclusão geral do estudo da OMS (2002), tem-se que: (1) a influência da violência pode durar muito tempo, mesmo depois de ter cessado; (2) quanto mais grave a violência, maior é o impacto sobre a saúde física e mental da mulher; (3) o impacto de diferentes tipos de violência e múltiplos episódios de violência parece ser cumulativo ao longo do tempo.

Também a Anistia Internacional vem abordando o tema e, segundo seus informes, a vida das mulheres em zonas mais pobres, favelas e de conflitos faz com que aumente a vulnerabilidade para a violência de gênero (NILO, 2008), ocorrendo a mesma elevação quando se tornam positivas para o vírus HIV. Também segundo Nilo (2008, p. 115), “[...] a violência e demais violações dos direitos humanos contra as mulheres e meninas podem ser a causa e consequência da infecção pelo HIV [...]”, citando quatro situações: sexo forçado, medo da violência que dificulta a negociação do preservativo, abuso sexual na infância e compartilhamento do *status* sorológico como agravante do risco da violência.

Recentes achados brasileiros alertam para outras consequências ao demonstrar que os períodos de gestação e puerpério não isentam as mulheres de serem alvo de violências de gênero (BRASIL, 2002; VALONGUEIRO; Ludemir; Barreto, [200-]; NEGRÃO, 2008), havendo escassas denúncias por parte das vítimas em razão dos fatores subjetivos, em especial o medo de ficarem sozinhas nesse momento da vida. (DURAND; SCHRAIBER, 2007) Assim, nos estudos sobre mortalidade materna, há um novo elemento a ser analisado, que relaciona o risco aumentado para a violência de gênero, podendo vir a alterar indicadores e resultados na razão de morte materna.

Na esteira das discussões internacionais, o Ministério da Saúde brasileiro passou a reconhecer, a partir do final da década de 1990,

a violência como um problema que requer intervenções de caráter preventivo, bem como de tratamento após sua vivência, havendo norma técnica específica para violência sexual e uma lei de notificação obrigatória dos casos que chegam aos serviços de saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) inclui nos objetivos gerais e estratégias promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, organizando redes integradas, articulando com a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e promovendo ações preventivas. Desde 1998, atualizada em 2005 e 2012, vigora uma Norma Técnica, e em 2007 foi lançado um Plano de enfrentamento à feminização do HIV e outras DSTs, com enfoque de gênero, que na prática não foi incorporado como ampla estratégia e não chegou a estados e municípios.

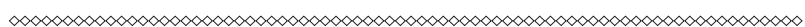
Na realidade, apesar dos enormes avanços verificados no Brasil quanto ao reconhecimento do problema, alguns diagnósticos, cujas fontes são usuárias e ativistas, demonstram que a passagem das mulheres pelos serviços de saúde ainda é marcada por sofrimento e silêncio. Uma pesquisa acadêmica em parceria com uma organização de mulheres negras de Porto Alegre ouviu usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) num bairro pobre e populoso, concluindo que, em geral, profissionais não se dispõem a oferecer a escuta às vítimas em atendimento médico (MARIA MULHER, 2004), caracterizando omissão na atenção à saúde. Relatam as entrevistadas que uma pergunta a mais do profissional de saúde bastaria para que revelassem os contextos de violência de gênero, inclusive a violência sexual em suas vidas conjugais e afetivas, no entanto, a omissão e o silêncio colaboram para a persistência de fenômeno que se mescla com outras iniquidades, como o racismo institucional, a desigualdade econômica, o local de moradia e outras vulnerabilidades que repercutem na saúde física, mental, sexual e reprodutiva.

Outro trabalho, coordenado por Meneghel e colaboradores (2011) para a identificação de rotas críticas percorridas por mulheres em Porto Alegre, revelou a fragmentação do atendimento como uma característica dessa atenção e posicionamento dúbio por parte de agentes públicos frente a esse problema, o que se confirmou em outro estudo no mesmo ano sobre uma avaliação das redes de atendimento nessa capital do Sul do Brasil. (NEGRÃO, 2011a) Esse trabalho mostrou a ausência de fluxos e redes de atendimento a mulheres em situação de violência cada vez mais invisíveis na estrutura do sistema de saúde e o esvaziamento de serviços especializados em violência de gênero e violência sexual em particular, retirando das mulheres a chance de serem ouvidas e atendidas.

Em relação à violência sexual, dois estudos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (FAÚNDES et al., 2000; FAÚNDES, 2008) fornecem bons elementos para essa análise: o primeiro, desenvolvido na região de Campinas e Sumaré, no estado de São Paulo, entrevistou 1838 mulheres de 15 a 49 anos, com queixas ginecológicas, das quais 54,9% revelaram ter mantido relações sexuais contra a sua vontade em algum momento da vida. Considerando que os traumas físicos, psicológicos, DSTs e gestações indesejadas já são elementos relativamente reconhecidos quando há violência sexual, o estudo comparou os exames de saúde das mulheres que viveram situações de violência com as que não haviam identificado tais situações. Constatou-se que, além da maior prevalência de irregularidades menstruais, dores pélvicas e dismenorreias, elas tinham, de acordo com a intensidade da pressão, coação ou violência nas relações sexuais, duas, três ou até quatro vezes mais falta de libido em relação às que não viveram violência. E a ausência de vontade de sexo variou de 2,9% a 14,3% entre os dois grupos. (FAÚNDES et al., 2000)

Já o segundo estudo, resultado da parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e o Ministério da Saúde (FAÚNDES, 2008), revelou que dos 884 hospitais e pronto-socorros do Brasil que declaravam na época realizar todos os procedimentos preconizados pelas Normas Técnicas do Ministério da Saúde, 430 os realizavam de fato (48%), e tão somente 107 de 807 haviam feito atendimentos completos nos últimos 10 a 14 meses que a pesquisa enfocou. Entre as razões identificadas, há elementos relacionados com gestão, tais como a falta de informação, capacitação, meios físicos e materiais, medicamentos e outros relacionados a crenças e opções pessoais dos profissionais, classificadas como objeção de consciência. Um estudo dessa magnitude torna transparente que a interface da saúde é uma falha no enfrentamento das consequências da violência na vida das mulheres, pois o acesso é condicionado a barreiras que grande parcela da sociedade não alcança. Evidencia-se também que o Código Penal e a Lei Maria da Penha estão sendo descumpridos no que tange ao atendimento às mulheres que se encontram nessa situação, persistindo um quadro de violação do direito humano à saúde e à dignidade, já observado há três décadas e que foi analisado por Talib e Citeli (2005).

Segundo a pesquisadora, quando a prefeitura de São Paulo inaugurou, em 1989, a atenção especializada para violência sexual, incluindo a interrupção da gestação, direito previsto no Código Penal Brasileiro,⁸ houve fortes reações contrárias. A permanência do serviço foi assegurada num amplo processo de defesa e no diálogo com a sociedade, daí porque resistiu, segundo Talib e Citeli (2005). O debate enfatizou entraves de ordem religiosa, legal, política, moral e judicial, e também sobre o caráter pioneiro e inovador do esforço. Ao recuperar a história de implantação



8 Art. 128, inciso II, segundo o qual não se pune o aborto nos casos de risco de vida da gestante e quando é fruto de estupro. (BASIL, 1940)

do primeiro serviço, no Hospital Jabaquara de São Paulo, a autora lembra que, apesar do tratamento legal, rigoroso e de todos os cuidados técnicos para essa abordagem mais abrangente da violência, foram enfrentados adversários externos e internos poderosos que atuaram com todos os recursos disponíveis, como a mídia, medidas legais e tentativas de descrédito.

Dos anos de 2003 em diante, período em que o Ministério da Saúde atualizou protocolos, normatizou e passou à implementação da atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres com o enfoque nos direitos humanos, é possível identificar um permanente campo de contenda, oriundo de diversos setores conservadores, em especial religiosos, com representantes no congresso nacional. A violência, por sua relação com a saúde, não tem ficado de fora do alvo. Segundo a ONG Cfemea, cuja atribuição é acompanhar as atividades na Câmara Federal e Senado relativas aos direitos das mulheres, cerca de 30 projetos contrários aos direitos sexuais e reprodutivos têm tramitado anualmente. Entre esses, os que propõem alterar o Código Penal, para extinguir com a não punibilidade do aborto em casos de estupro e a criação de ajuda financeira para mulheres, mantêm a gestação fruto de estupro como forma de inibir a decisão de interrupção e, ao extremo, o estatuto do nascituro que, em tese, coloca abaixo qualquer possibilidade de abortamento, mesmo aquela que resulta de violação. Dessa maneira, a violência sexual deixaria de ser considerada uma violação à liberdade sexual das mulheres e a gestação decorrente como obrigatória a todas as vítimas, como nos retrocessos havidos na Nicarágua e Honduras em anos recentes. (FLEISCHER, 2009)

Outras formas de impedir o acesso das mulheres, especialmente as jovens e adolescentes aos recursos tecnológicos existentes em defesa de sua saúde reprodutiva, são as iniciativas no interior do Brasil de impedir a distribuição da contracepção de emergência (ARILHA; LAPA; PISANESCHI, 2010) por meio de leis

municipais. Cerca de 20 ações foram identificadas entre 2005 e 2008 apenas no estado de São Paulo, com repercussões na Câmara Federal, onde vários parlamentares, inicialmente liderados por Ângela Guadagnin, e posteriormente por Luis Bassuma e Henrique Afonso, incluíram essa proposta como parte da pauta da Frente Parlamentar Contra o Aborto. Assim, a ingerência das igrejas, católica, evangélica e outras, argumentando contra a legalização do aborto e mostrando as estreitas relações entre política e religião, impuseram uma discursividade negativa ao direito das mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual ou de risco de gestação indesejada, de acessar uma tecnologia anticonceptiva disseminada em todo o mundo e reconhecida pela OMS.

O clima de ilegalidade e de dificuldades em acessar serviços tem gerado maiores sofrimentos às mulheres até os dias atuais. À custa de colocar a própria vida em risco e temerosas das consequências e estigmas

[...] muitas mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento ou mesmo demandando o direito de realizar um aborto permitido por lei, vivem momentos difíceis, com sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, humilhada e a sensação de não poder engravidar novamente. (ARAÚJO; SIMONETTI, 2010)

Essa frequente ameaça aos direitos, desde o final da década de 1980 até os dias atuais, mostra que violência, na medida em que se vincula com saúde e corpo e implica uma tomada de decisão, traz os mesmos atores à cena: segmentos religiosos e conservadores que não reconhecem as mulheres como sujeitos de direito sobre suas decisões. Uma pesquisa sobre o tema do aborto na imprensa de quatro países entre 1998 a 2008, entre os quais o Brasil, identificou que violência de gênero é imediatamente relacionada com a autonomia das mulheres para decidir sobre seu corpo, pois as grandes polêmicas no período giraram em torno da pílula do

dia seguinte, contracepção de emergência e mudanças no código penal, na medida em que as tentativas de descriminalização do aborto sequer têm chegado a instâncias de maior deliberação do Congresso. (DIDES; BENAVENTE, 2011)

A dimensão da violência como um grave problema de saúde pública relacionada com padrões culturais em disputa no campo político e das políticas públicas e que encontra bases de legitimidade na sociedade é assim corroborada. Também o episódio midiático de agressão da estudante universitária Geisy Arruda,⁹ em 2009, deu mostras da elevada intolerância, mesmo entre jovens, em relação a mulheres que tentam romper com modelos estéticos e de comportamento e trouxe à tona inúmeras perguntas sobre o papel histórico do feminismo no questionamento de padrões culturais persistentes. Como escreveu Calligaris (2009): “[...] Em particular, eu acreditava que, depois de 40 anos de luta feminista, ao menos um objetivo tivesse sido atingido: o reconhecimento pelos homens de que as mulheres (também) desejam. Pois é, os fatos provam que eu estava errado.”

Sinalizador da necessidade de mais ação política e da existência de mecanismos a serem usados pelas mulheres em seu favor, esse episódio também confirmou que a permanência de concepções morais retrógradadas independe de classe social, escolaridade e mesmo sexo, já que outras mulheres ajudaram na agressão e que relações de gênero desiguais produzem violências de gênero até entre as próprias mulheres. E nos colocam a refletir sobre os padrões culturais na contemporaneidade, de um lado a exterioridade midiática, e de outro o moralismo e a condenação.

9 Caso de agressão sofrido por estudante da Universidade Bandeirante de São Paulo (Uniban), no interior de São Paulo, por colegas homens e mulheres da mesma faculdade, divulgado pelo Youtube e de grande repercussão em 2009.

A violência de gênero, HIV e Aids

Cada vez mais falada e estudada em alguns países, a relação entre as epidemias de violência de gênero e de Aids passou a ser enfocada estrategicamente na agenda da Unaid, agência da ONU para a Aids, a partir de 2009,¹⁰ partindo da constatação de que, atualmente, mulheres somam 50% de todas as pessoas vivendo com HIV no mundo, e em algumas regiões são duas vezes maiores seus riscos de contrair o vírus. Por razões biológicas somadas a fatores sociais, econômicos e culturais, tais como papéis de gênero, relações de poder desequilibradas, menor atenção no adoecimento e na prevenção e a aceitação pela sociedade da violência, inclusive a sexual, mulheres e meninas encontram-se em condições desfavoráveis em relação à sua saúde, segurança e autonomia. (UNAIDS, 2010) Em 2013, a Comissão sobre o Status da Mulher das Nações Unidas, em sua 57ª Reunião, abordando o tema da violência, incluiu em suas conclusões finais a abordagem da interseção com o HIV e a Aids, um marco que pode vir a fortalecer importantes estratégias em cada país. Um tema que parecia já incluído nas agendas de governos em realidade ingressa como uma diretriz para as políticas públicas de gênero 20 anos depois das primeiras denúncias.

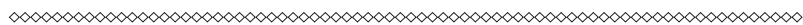
A interseção de violência de gênero, HIV e Aids foi abordada pioneiramente de forma sistemática no Brasil por um estudo coordenado pela organização não governamental Gestos-Soropositividade, Comunicação e Gênero, de Recife, em 2008. Atuante nos temas de gênero, políticas e serviços nesse campo, impulsionou investigações e debates reveladores desse cruzamento entre as brasileiras, com base em entrevistas, estudos de caso e acompanhamento em serviços frequentados por mulheres vivendo com HIV.

10 Agenda para o fortalecimento de ações para mulheres, meninas, igualdade de gênero e HIV – Plano Operacional para a Matriz de Resultados da Unaid. Fevereiro de 2010.

de gênero e para o enfrentamento da feminização da epidemia do HIV. Além de leis, normas, protocolos, o estudo buscou evidências para constatar se na implementação das políticas essas interfaces dialogam e propiciam estratégias eficazes. Nesse estudo, observou-se que uma elevada proporção das mulheres entrevistadas (78,4%) experimentaram diferentes situações de violência ao longo de suas vidas. As formas mais habituais foram a psicológica (68,9%), física (55,6%), sexual (36,3%) e abuso sexual na infância (32,8%). Em geral, elas passaram por mais de uma forma de violência, indicando que essas manifestações se sobrepõem e se mesclam ao longo de suas vidas. (BIANCO; MARINO, 2010, p. 81)

O papel da dimensão de gênero como estruturante da subordinação social, econômica e política das mulheres ficou demonstrado nas vivências descritas, tanto pela sua vulnerabilidade ao HIV como à violência. Apesar das interseções das duas epidemias serem tão evidentes, apenas algumas mulheres conseguiram reconhecer seus vínculos. Neste sentido, a categoria da violência simbólica as ajudou a compreender essa ligação, conclui o estudo. (BIANCO; MARINO, 2010)

Ainda com a finalidade de esboçar um quadro atual das epidemias HIV e violência contra as mulheres no Brasil, em 2011 se realizou novo esforço na coleta de informações¹² sobre as duas epidemias, seu perfil, impactos e legislação; programas e serviços, políticas integradas em programas e serviços que abordem efetivamente as necessidades das mulheres e meninas no contexto das epidemias; e redes, grupos e organizações de mulheres que atuam nas duas agendas, com o objetivo de promover o empoderamento e a liderança das mulheres e meninas para desenvolver uma res-



12 Monitoramento da Inclusão da Violência Contra Mulheres na Resposta à Aids no Âmbito Nacional e a Implementação da Agenda do UNAIDS para Mulheres e Meninas, 2011. Projeto coordenado por Alessandra Nilo (Gestos) e Telia Negrão (Coletivo Feminino Plural), com a seguinte equipe de pesquisa: Fernanda PivatoTussi, Juliana Cesar, Lea Epping, Neusa Heinzelmann, com insumos coletados em 10 regionais da Rede Feminista e organizações contatadas pela Gestos.

posta ao HIV apropriada e efetiva, ou seja, numa perspectiva de gênero e direitos humanos.

Segundo os dados desse estudo, desde a identificação do primeiro caso de Aids no Brasil, em 1980, até junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de AIDS no país, dos quais, 65,4% entre homens e 34,6% em mulheres. A taxa de prevalência (casos existentes) da infecção na população geral de 15 a 49 anos é de 0,61%, sendo 0,41% entre as mulheres e 0,82% entre os homens. As investigações mostram que as prevalências de infecção pelo HIV no Brasil se apresentam da seguinte maneira: 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade (0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens); 0,12% nos jovens do sexo masculino de 17 a 20 anos de idade; e 0,28% em mulheres jovens de 15 a 24 anos. Nas populações vulneráveis, as prevalências são mais elevadas e destacam-se aquelas entre usuários de drogas ilícitas (5,9%), homens que fazem sexo com homens (10,5%) e mulheres profissionais do sexo (5,1%), inexistindo dados sobre população transexual.

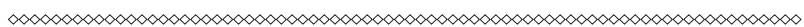
A incidência dos casos (frequência de casos novos) de AIDS apresentou uma pequena oscilação nos últimos oito anos da pesquisa, tendo sido identificados, em média, 35 mil casos por ano. Essa oscilação justifica-se pelas diferenças regionais na forma como a AIDS se distribui, configurando, no país, diversos perfis da epidemia. Do total de casos notificados até junho de 2009, 65,4% foram do sexo masculino (356.427 casos) e 34,6% do feminino (188.396 casos) e em 2007, a taxa de incidência foi de 22 por 100 mil habitantes entre homens e 13,9 por 100 mil habitantes entre mulheres. Entre jovens do sexo masculino, dos 13 aos 19 anos, a incidência no ano de 2005 é de 1,4; dos 20 aos 24 anos, 13,3%. (BOLETIM..., 2009)

Quanto às estimativas de orfandade, dados discrepantes e metodologias diversas não têm dado segurança às políticas públicas.¹³ Ainda que essas estimativas tenham sido calculadas com metodologias e em momentos distintos, haveria no Brasil, no início da década passada, entre 30 mil (1999), 34 mil (2001) e 27 mil (2002) órfãos maternos. (FRANÇA JUNIOR; DORING; STELLA, 2006)

Quanto à violência contra as mulheres, o levantamento encontrou muitos dados gerados ao longo dos anos, fruto de pesquisas de opinião e estimativas, inexistindo um sistema nacional oficial para registrar e unificar os casos, o que contribui para a persistência de uma grave lacuna a ser resolvida e que, apesar de perseguida pelos organismos de políticas para as mulheres, ainda não foi solucionada. Desta forma, estatísticas obtidas em serviços continuam sendo a principal fonte de informações, como a Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180, que, em 2010, recebeu 108.546 relatos e é o principal indicador do governo para estimar a magnitude do problema.

Mas os dados do próprio governo demonstram o grau de dificuldade na construção de um sistema de informações e de indicadores, pois o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2011, produzido pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública e Ministério da Justiça, enumera informações gerais sobre registros policiais, mas não desagrega as ocorrências por sexo, dando números absolutos e taxas, deixando a definição do sexo da vítima ao encargo da leitura de gênero.

Sendo ainda relevante a informação sobre violência sexual e sua relação com a saúde, a pesquisa constatou também que não existem dados sobre o acesso das mulheres vítimas de violência a serviços de saúde e que tenham recebido Profilaxia após Exposição



13 Na segunda edição do Dossiê Children on the Brink (Crianças no Limite) (2004), a Unaid, o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e a United States Agency for International Development (Usaid) anunciaram que não fariam mais estimativas de órfãos por Aids para o Brasil, entre outros países. (ONU, 2004)

Sexual (PEP) ou contracepção de emergência ou daquelas que receberam assessoramento legal ou atendimento psicológico. Embora os casos de violência contra a mulher sejam de notificação compulsória por lei, não foram encontrados registros nacionais.

A despeito das dificuldades para a obtenção de dados dentro dos sistemas públicos que possam demonstrar a relação entre as duas epidemias, é impressionante o número de pesquisas sobre o tema identificado pelo estudo.¹⁴ Sendo um dos mais relevantes o trabalho de Nilo (2008), que ladeia com cerca de 1340 artigos, teses, dissertações e pesquisas sobre violência e sobre HIV, segundo o levantamento realizado. No entanto, apesar de abundantes, menos de 10%, estabelecem o nexos quando se trata de relacionar violência de gênero e HIV, de acordo com a busca realizada pela pesquisa em bancos nacionais, permanecendo o desafio de identificar essas vulnerabilidades e torná-las parte das preocupações das políticas públicas, das agendas sociais e da própria pesquisa.

Quanto às políticas e normas de saúde relativas à violência, o trabalho mapeou ainda os principais documentos, destacando a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres, Crianças e Adolescentes, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde, Normas Técnicas para Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual – Matriz Pedagógica para a formação de redes, Protocolo Nacional para Atenção a Mulheres em Situação

14 Foram buscados artigos acadêmicos/científicos brasileiros, escritos em português, publicados em Scielo (<http://scielo.br>). Dissertações de mestrado e teses de doutorado foram buscadas no Banco de Teses da Capes (<http://capesdw.gov.br/capesdw>).

de Aborto e Pós Aborto, Atenção Humanizada ao Abortamento. (BRASIL, 2004a, b, 2009, 2010, 2011a, b, 2012)

Quanto aos documentos destinados às mulheres vivendo com HIV, não foi identificada a existência deste protocolo nacional, embora anunciada a intenção de realizá-lo até dezembro de 2011. Em relação à PEP, há um consenso destinado a profissionais de saúde com recomendações, um manual pós-exposição laboral ao HIV do Ministério da Saúde (2006) com recomendações para anti-concepção, no entanto, não se atrela à violência de gênero. Sobre as recomendações para o uso de Anticoncepção de Emergência, há clara menção à violência sexual. Nenhum documento destina-se a estabelecer especificamente a interseção entre violência de gênero e HIV e Aids, o que poderia significar, se existisse, uma ferramenta de orientação para o trabalho na área da saúde e também na área da violência contra as mulheres. Nesse sentido, destaca-se a importância do Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização da Epidemia do HIV e outras DSTs, por identificar a violência como uma vulnerabilidade ao HIV e à Aids, instrumento de política que, apesar de seu aspecto inovador ao ser lançado, perdeu a potência ao longo dos anos, hoje invisível nos debates sobre as políticas públicas para a saúde e violência. Tem-se, pois, uma agenda em aberto para o trabalho a ser feito pelo movimento de mulheres e outros segmentos que atuam no controle social das políticas públicas no Brasil, que, vista de perto, aponta para o conceito de integralidade, uma bandeira das feministas da área da saúde e diretriz do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (1983) e reafirmado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004a, b), em vigor.

o seu verdadeiro significado, situação que se mantém e continua desafiando a centralidade da atenção integral à saúde da mulher.

No entanto, para Castilhos (2008, p. 59), apesar da não implementação efetiva da política de saúde integral,

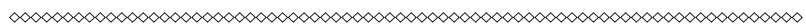
[...] o discurso sobre a saúde da mulher no interior das instituições de saúde começou a mudar e a ser entendido sob novas abordagens. É possível reconhecer que, mais que um programa, o PAISM foi uma filosofia política, um comportamento ideológico de valorização da mulher, um conjunto de estratégias políticas e programáticas.

A lei do SUS também estabelece o controle social das políticas e da atenção à saúde, da sua concepção, definição, financiamento e qualidade da assistência, tendo como *locus* principal os conselhos de saúde em cada nível de gestão, segundo a descentralização municipal, estadual e federal. O movimento de mulheres participa disputando o seu espaço, em parceria com o segmento de usuários e em diálogo com gestores e prestadores, buscando sinergia para afirmar a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Em particular no campo da saúde sexual e reprodutiva, a Rede Feminista é uma das organizações que desde 1996, logo após a aprovação do Programa de Ação do Cairo (1994), passou a integrar uma estratégia internacional com o objetivo de visibilizar os efeitos positivos ou adversos na aplicação das legislações normativas, além de gerar políticas com perspectiva de gênero. (RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE, 2004) De 1996 a 2004, a Rede participou do Monitoramento do Programa de Ação de Cairo, que foi retomado de 2008 em diante. Um dos temas do seguimento de Cairo foi a violência sexual contra as meninas, avaliada por 33 indicadores. Destes, seis se direcionaram à área da saúde para verificar se a legislação previa a capacidade legal de profissionais de saúde para formularem a denúncia de violação, a existência de serviços de

saúde, serviços gratuitos de assistência, normas técnicas de saúde, serviços de atenção primária, urgências e emergências capacitados, serviços implantados e a existência de normas e protocolos com perspectiva de gênero. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2004, p. 5) Essa experiência subsidiou campanhas e ações de *advocacy* no Brasil, estimulando o ativismo e o trabalho de controle social, cujos espaços principais são o Conselho Nacional de Saúde (CSN) e Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), nos níveis estadual e municipal.

Foi acreditando nessa metodologia de ação política que, na aprovação da Lei Maria da Penha, a Rede Feminista de Saúde propôs,¹⁶ antes mesmo de sua vigência, a criação de um observatório nacional que tivesse, entre outros indicadores de avaliação, a interface com a saúde das mulheres, sob a condução da sociedade civil, sugestão que acabou sendo acolhida pela Secretaria Especial de Políticas para a Mulher (SPM) e pelo CNDM. Passando a integrar o Observatório da Lei Maria da Penha (Observe), a entidade passou a elaborar argumentos para que, entre os indicadores do monitoramento, pudesse ser incluída a relação entre violência de gênero e a saúde das mulheres, dessa forma, criando as evidências para basear a ação do controle social.

O monitoramento da Lei Maria da Penha, em curso desde 2008, articulado com outras normas sobre violência e sobre saúde, em particular saúde sexual e reprodutiva, HIV e Aids, pode permitir a obtenção de uma visão integral da aplicação da legislação existente, assim como os impactos da violência na saúde de mulheres. Numa leitura sobre as causas de morbimortalidade de mulheres e especialmente de mortes evitáveis, como as maternas, nas quais a violência constitui uma das principais causas, obter-



16 No período de 30 dias em que a Lei sancionada pelo presidente da República submeteu-se ao processo de possível arguição de constitucionalidade, a SPM/PR percorreu vários estados brasileiros para debates, inclusive com a Rede Feminista, em Porto Alegre, tendo recebido da Secretaria Executiva a proposta de criação do observatório.

-se-ão referências indissociáveis para a vinculação de estratégias de prevenção à violência, como as de saúde, da mesma forma que estudos recentes demonstram a presença da violência na infecção de mulheres pelo HIV. Os dados abordam dois aspectos para a garantia da vida e da qualidade de vida das mulheres, que não se separam na vida real.

Nessa perspectiva, ampliam-se as possibilidades de inserir o tema da violência de gênero nas demais agendas da sociedade, como os conselhos de saúde, conselhos de direitos humanos, comitês de morte materna, fóruns, observatórios, assim como de reunir forças para a elaboração de informes, dossiês, capacitações, permitindo o *advocacy* qualificado e a incidência social e política. Ao caracterizar aqui a violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública, de justiça e de direitos humanos, se ingressa também numa disputa de espaço na agenda do controle social e também na ação do monitoramento realizado pelo movimento de mulheres, em parceria com universidades e com outros movimentos, como o movimento de luta contra a AIDS.

Em seus primeiros anos de existência, o projeto Observe enfatizou a avaliação da implementação da Lei Maria da Penha no tocante à segurança e justiça, dois aspectos mais visíveis no amplo espectro da impunidade à violência contra as mulheres no Brasil. A impunidade que, ao persistir, mais naturaliza e banaliza as relações marcadas pela desigualdade de poder, rebaixa a cidadania e a autoestima das pessoas afetadas. Foi analisando as DEAMS, pelo papel estratégico que jogam na rede de atendimento, e os Juizados Especiais de Violência Doméstica, dois mecanismos para interromper o curso das violências e alguns elementos da rede de atendimento, que se produziram importantes argumentos para a luta do movimento de mulheres por políticas públicas.

Os resultados da coleta de dados e estudos de caso desse observatório revelam resistências culturais e políticas, dificuldades

de disputa de recursos, baixa prioridade para o tema das relações de gênero no estado brasileiro, conservador, patriarcal e retrógrado em muitos aspectos. Indicam a existência de poucas redes de atendimento, serviços isolados e baixa compreensão do problema como obstáculos à sua eficácia. Há enormes desafios a serem superados quando menos de 10% dos municípios brasileiros dispõem de políticas especializadas.

Tendo em vista que das diversas experiências nacionais de monitoramento o Observe é a primeira no contexto da nova legislação; e considerando que uma das inovações da Lei Maria da Penha é a interface com a saúde-lei (art.9º), alguns caminhos podem ser traçados em direção ao monitoramento dessa interseção e em específico, a contaminação por HIV. (BRASIL, 2006) Um deles pode ser a articulação dessa lei com as ações previstas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com os eixos prioritários estabelecidos no atual Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2011), a rearticulação do Plano de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DSTs, HIV e AIDS, hoje abandonado com as Normas Técnicas para a Prevenção dos Agravos da Violência Sexual Contra a Mulher e de Atenção Humanizada às Mulheres em Situação de Abortamento e com a Notificação Compulsória nos serviços de saúde (Lei n. 10.778). (BRASIL, 2003) Assim, seria possível a potencialização dessas ações: se políticas para a violência agregassem uma investigação sobre as relações com a saúde, inclusive com a Aids, se a atenção na linha de cuidados da saúde observasse as relações com situações de violência vividas, se a atenção à violência sexual de fato fizesse a investigação de de uma infecção e reinfeção pelo HIV e se a atenção à saúde das mulheres adotasse visão integral (inclusive de saúde mental) e de gênero na abordagem das causas de adoecimento das mulheres.

Como a adoção desse enfoque de integralidade e de gênero resulta de um processo de aprendizado, torna-se pertinente ao controle social da saúde e das políticas para as mulheres o monitoramento quanto à capacitação da saúde, se vem sendo preparada e dotada de meios para acolher, atender e encaminhar mulheres em situação de violência; a existência de ações de qualificação de profissionais para a utilização de protocolos; a implementação da Norma Técnica de Prevenção aos Agravos da Violência Sexual Contra Adolescentes e Mulheres, realizando os procedimentos e insumos previstos; o cumprimento da Notificação Compulsória nos serviços de saúde (BRASIL, 2003); a articulação de serviços para a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção das DSTs, HIV e AIDS; a atenção especializada na rede de atendimento, com articulação intra e intersetorial, com escuta qualificada, informação, orientação, apoio psicológico individual e em grupo e encaminhamento com referência e contrarreferência; a existência de ações de saúde em equipamentos das redes, como centros de referência, casas-abrigo e unidades sanitárias destinadas à abordagem integral do problema; e, por fim, se há medidas para informar às mulheres sobre seus direitos e à sociedade sobre seu papel como agentes de transformação.

Algumas conclusões

Estudo provocado pela Organização Mundial da Saúde desde 2002 alerta para as implicações da violência de gênero na saúde pública, apontando a necessidade de medidas preventivas e de atenção às vítimas, de forma a reduzir os impactos negativos na vida e na qualidade de vida das mulheres de todas as idades. No entanto, esse aspecto ainda é pouco reconhecido no Brasil, pois na maioria das vezes não se realizam encaminhamentos das instâncias jurídico-legais e de segurança para a área da saúde, com

exceção dos casos de estupro, em que se procede ao exame de corpo de delito. Essa omissão resulta em revitimização das mulheres pela violação ao seu direito à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Por sua vez, serviços de saúde, especializados ou não, têm resistências em abordar a questão da violência, por desconhecimento e pelas implicações decorrentes.

As políticas de saúde para as mulheres, em especial as normas técnicas que articulam violência e saúde, não têm sido monitoradas e o controle social sobre elas é ainda insignificante na agenda dessas instâncias. Onde são aplicadas, as políticas enfrentam limitações de toda ordem, entre as quais o desconhecimento, a alegação de objeção de consciência por parte de médicos, quando se omitem na prescrição de anticoncepção de emergência ou para realizar a interrupção da gestação nos casos previstos em lei. Há pressões políticas para impedir a oferta de todos os recursos disponíveis. O tema da violência suscita o desejo por parcela da sociedade de impedir que exerçam seus direitos sexuais e reprodutivos com autonomia. Antes mesmo de acessarem as redes, as mulheres não encontram acolhimento no sistema de saúde para apresentar situações de desconforto, ficando invisíveis aos olhos das redes, que deveriam estar bem abertos. E os sistemas de exclusão e marginalização, sejam de gênero, sociais, étnico-raciais, etários, ou das escolhas sexuais, mais impõem suas perversidades àquelas com menor voz. Na prática, negam o direito à saúde como parte dos direitos humanos, violam-se os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres, negligencia-se a saúde mental, promove-se a estigmatização. Acrescente-se a isso a condição de soropositividade ao HIV e o desenvolvimento da Aids, quando mais se fragilizam e vulnerabilizam as mulheres.

O monitoramento da Lei Maria da Penha tem sido uma importante motivação para o controle social das políticas contra a violência, no entanto, deve ser ampliado com novos olhares para

que se obtenha a real dimensão das lacunas na atenção às mulheres e se possa oferecer argumentos para sensibilizar novos setores quanto à prevenção, punição e eliminação da violência de gênero. Mas, sobretudo, é preciso abordar a dimensão de saúde na violência contra as mulheres, inseri-la entre os direitos humanos, assegurando a vida e a qualidade de vida, sem estigmas e discriminações. A visão integral da violência é o reconhecimento das mulheres como seres integrais, autônomos e com direitos.

Referências

- ABRAZINSKAS, L.; LOPES GÓMES, A. (Coord.). *Aborto em debate: dilemas y desafios del Uruguay democrático*. Montevideu: Mysu, 2007.
- ARAUJO, M. J. Ou fazer uso de misoprostol mulheres casca. In: REDE FEMINISTA SAÚDE. Direitos não Reprodutivos Brasil. Porto Alegre, 2010. (Trilhas de Saúde das Mulheres dois Direitos Sexuais e Reprodutivos Direitos; 1)
- ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.
- BIANCARELLI, A. *Assassinatos de mulheres em Pernambuco*. São Paulo: Publisher Brasil/ IPG, 2006.
- BIANCO, M.; MARINO, A. *Dos caras de una misma realidad: violencia hacialas mujeres y VIH/SIDA en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, evidencias y propuestas para lareorientación de las políticas públicas*. Buenos Aires: Fundación para El Estudio e Investigación de La Mujer, 2010.
- BOLETIM Epidemiológico, Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 4, n. 1, 2008-2009. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010.pdf>>. Acesso em: 2015.
- BRAGA, K.; NASCIMENTO, E.; DINIZ, D. (Org.). *Bibliografia Maria da Penha: violência contra a mulher no Brasil*. Brasília: Letras Livres, Anis/SPM, 2009.
- BRASIL. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. Brasília:

Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Código Penal*. Brasília, DF: Senado Federal, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Estudo da mortalidade materna de mulheres de 10 a 49 anos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2002. Mimeo.

BRASIL. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003*. Notificação Compulsória da Violência nos serviços de saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 19 abr. 2015.

– BRASIL. *Lei n. 12.845, de 1 de agosto de 2013*. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência

sexual. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12845.htm>. Acesso em: 19 abr. 2015.

BRASIL. *Norma técnica para padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs)*. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2010. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha/norma-tecnica-de-padronizacao-das-deams-.pdf>>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Pacto nacional de enfrentamento à violência contra a mulher*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

BRASIL. *Perfil organizacional das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher*. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2004c. Disponível em: <http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/violencia/Pesquisa%20Perfil%20DEAMs%20-%20SENASP%202004.pdf>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília, DF: SPM, 2011c. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm>>. Acesso em: 2015.

BRASIL. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3.ed. atual. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 2015.

BRASIL. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1983.

BRASIL. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Plano de Ação 2004- 2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 2015.

CAMPOS, C. H. de. Maria da Penha: lei protege as mulheres na medida necessária. *Boletim de notícias Conjur*, 22 ago. 2008. Disponível em:

<http://www.conjur.com.br/2008-ago-22/lei_protege_mulheres_medida_necessaria>. Acesso em: 19 abr. 2015.

CAMPOS, C. H. (Coord.) *Da guerra à paz: os direitos humanos das mulheres: instrumentos internacionais de proteção*. Porto Alegre: Themis, 1997. p. 183-192.

CALLIGARIS, C. *A turba da Uniban*. Agência Patrícia Galvão, nov. 2009. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2009/11/folhasp051109.pdf>>. Acesso em: 2015.

CASTILHOS, C. A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Anais da capacitação de multiplicadoras em controle social das políticas de saúde*. Belo Horizonte: Mazza, 2003. p. 33-51.

CASTILHOS, C. C. Saúde da mulher e o controle social no Brasil em tempos de neoliberalismo. *R. Saúde públ. Santa Cat.*, Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

COLAS, O. et al. Aborto legal por estupro – primeiro programa público do país. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 2, n. 1, 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/447/330>. Acesso em: 2015.

FLEISCHER, S. (Org.). *Vozes latino-americanas pela legalização do aborto*. Brasília, DF: CFEMEA, 2009.

DIDES, C.; BENAVENTE, M. C.; SAEZ, I. (Org.). *Dinâmicas políticas sobre aborto em latinoamerica: estudio de casos*. Santiago, Chile: Flacso, 2011.

DURAND, J.; SCHRAIBER, L. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde de São Paulo – prevalência e fatores associados. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 10, n. 3, set., 2007.

FAÚNDES, A. Avaliação da aplicação das normas sobre violência sexual nos serviços de saúde do Brasil. In: FÓRUM INTERPROFISSIONAL DE VIOLÊNCIA SEXUAL E ABORTO LEGAL. São Luis, 2008. *Anais....*São Luis: CEMICAMP; FEBRASGO, 2008.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 153-157, abr. 2000.

FRANÇA JUNIOR, I.; DORING, M.; STELLA, I. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? *Rev.*

- Saúde Pública*, n. 40, p. 23-30, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40s0/05.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2015.
- FUNDACIÓN PARA ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MUJER (FEIM); BIANCO, M. (Coord.). *Violencia contra las mujeres y VHI/Sida en cuatro países del Mercosur: estadísticas, políticas públicas, legislación y estado del arte*. Buenos Aires, 2009.
- HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A. (Org.). *Violence against women: the hidden health burden*. Washington: Banco Mundial, 1994.
- HERMANN, J. A violência contra a mulher em números: dificuldades e desafios. In: LIBARDONI, M.; LEOCÁDIO, E. (Org.). *O desafio de construir redes de atenção as mulheres em situação de violência*. Brasília: Agende, 2006. p. 91-112.
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 14-36.
- MARIA MULHER. *Mulheres em situação de violência doméstica e a incidência do HIV/Aids*. Porto Alegre, 2004. Mimeo.
- MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, São Paulo, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, abr., 2011.
- NEGRÃO, T. Aborto no Brasil: luzes e sombras nas vozes de atores e atrizes. In: DIDES, C.; BENAVENTE, M. C.; SAEZ, I. (Org.). *Dinâmicas políticas sobre aborto em latinoamerica: estudio de casos*. Santiago, Chile: Flacso, 2011a.
- NEGRÃO, T. *Diagnóstico das políticas públicas para mulheres, crianças, adolescentes e idosos no município de Porto Alegre*. Porto Alegre, 2011b. Mimeo.
- NEGRÃO, T. La violencia de género es un indicador de muerte materna. *Revista Mujer e Salud*, Santiago, n. 2-3, p. 8-14, 2008.
- NEGRÃO, T. Nós e rupturas da rede de apoio à mulher. In: STREY, M.; AZAMBUJA, M.; JAEGER, F. (Org.). *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 215-258.
- NEGRÃO, T.; PRÁ, J. Conexões, rupturas e capital social de gênero. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, dez., 2005.

NILO, A. (Org.). *Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces*. Recife: Gestos, 2008. p. 107-126.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Convenção de Belém do Pará*. Pará, 1994. Disponível em: <<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Declaração de Direitos Humanos de Viena*. Viena, 1993. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>>. Acesso em: 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. In: PIOVESAN, F.; PIMENTEL, S. (Org.). *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Saraiva, [20--].

ORGANIZAÇÃO NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*. [S.l.]: ONU Mulheres, 1979. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>>. Acesso em: 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano básico para proteção, cuidado e apoio a órfãos e crianças vulneráveis vivendo em um mundo com HIV e AIDS*. Unicef, 2004. Disponível em: <http://www.unicef.org/aids/files/Framework_Portu.pdf>. Acesso em: 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Poner fin a la violencia contra mujer: de las palabras a los hechos*. Hamburgo: World Future Council, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

PORTO ALEGRE (Prefeitura). *Comitê Municipal de estudos e prevenção da mortalidade materna de Porto Alegre: relatório de mortalidade materna de 2009*. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_mortalidade_materna_em_porto_alegre_em_2009.pdf>. Acesso em: 2015.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE (RSMLAC). *Atenea: el monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Santiago: UNFPA, 2004.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES LATINOAMERICANAS Y DEL CARIBE (RSMLAC). *Basta de Impunidad*. Observatório de Femicídio em México. Entrevista com Maria de la Luz Estrada. *Revista Mujer Salud*, Santiago, n. 1, 2008.

REDE DE SAÚDE DAS MULHERES LATINOAMERICANAS E DO CARIBE (RSMLAC). *Campanha Ponto final na violência contra mulheres e meninas: análise situacional*. Porto Alegre, 2009.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Controle social, uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres*. Florianópolis: Fundação Ford, 2002.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê violência contra a mulher: um problema que afeta toda a sociedade*. Recife, 2001. Disponível em: <<http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/231895012-Dossie-Violencia-Contra-a-Mulher.pdf>>. Acesso em: 2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Dossiê: violência contra mulheres e meninas*. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <http://www.campanhapontofinal.com.br/download/new_23.pdf>. Acesso em: 2015.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Igualdade de gênero e HIV/Aids: uma política por construir*. Florianópolis: UNIFEM, 2003.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *O monitoramento da Plataforma de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento no Brasil*. [Florianópolis], 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Marcos de saúde da mulher dos direitos sexuais e direitos reprodutivos*. In: REDE FEMINISTA DE SAÚDE. *Ferramentas para ação política das mulheres: Projeto Trilhas de Saúde das Mulheres*. Porto Alegre, 2008.

SAFFIOTI, H. I. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SIMONETTI, C; SOUZA, L; ARAÚJO, M. J. de O. *Dossiê A Realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana*. Salvador: IMAS,

2010. Disponível em: <<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/51>>. Acesso em: 2015

TALIB, R.; CITELI, M. *Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004): dossiê*. São Paulo: Católicas pelos Direitos de Decidir, 2005.

STREY, M. Violência de gênero: uma questão complexa e interminável. In: STREY, M.; AZAMBUJA, M.; JAEGER, F. P. (Org.). *Violência, gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 13-44.

VALONGUEIRO, S.; LUDEMIR, A.; BARRETO, T. (Org.). *Violência na gravidez: determinantes e conseqüências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais*. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco, [200-].

VENTURE, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. (Org.). *A mulher brasileira nos espaços públicos e privados*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

UNAIDS. *A Onu e a resposta à Aids no Brasil*. 2010. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/>>. Disponível em: 22 ago. 2015.