

A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde

Women's health in violent situations: municipal administrative roles and decision-making in the Brazilian public health system

Madge Porto ¹

Cecilia McCallum ^{2,3}

Russell Parry Scott ⁴

Heloísa M. Mendonça de Morais ⁵

¹ Gerência de Equidade de Gênero, Secretaria de Cidadania e Assistência Social do Estado do Acre. Rua Álvaro Rocha 101, Conjunto Universitário I, Q. 45 (antiga casa 10), Distrito Industrial, Rio Branco, AC 69915-300, Brasil.

madgeporto@ig.com.br
madge.porto@uol.com.br

² Department of Social Anthropology, University of Manchester. Roscoe Building, Brunswick Street, Manchester M13 9PL, England.

Cecilia.McCallum@man.ac.uk

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Padre Feijó 29, 4^a andar, Salvador, BA 40110-170, Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Departamento de Ciências Sociais, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Campus Universitário, Cidade Universitária, CFCH 13^a andar, Recife, PE 50670-901, Brasil.

scott@hotlink.com.br
⁵ Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego s/n, Recife, PE 50670-901, Brasil.
heloisa@nlink.com.br

Abstract *The aim of this study was to investigate the role of health management staff concerning the health of women facing violent situations and the impact these roles have on decisions concerning health measures targeting these women. The study employed a qualitative, descriptive methodology including 18 health management staff members from three municipalities classified as having fully autonomous municipal management systems under the Unified National Health System (SUS) in Greater Metropolitan Recife, Pernambuco State, Brazil. Staff members were divided into three distinct groups according to their opinions on women in violent situations and women's health interventions. However, the three groups were convergent with respect to their roles in determining decisions on health actions for these women. The health management staff's commitment to the feminist movement proved to be the most relevant factor. Common issues among staff members, such as the problem of public health and quality of living, or more technically, the cost-benefit issue, did appear as key arguments.*

Key words Women's Health; Violence; Women; Gender

Resumo *Este estudo tem como objetivo investigar as representações de gestores/as sobre a saúde da mulher em situação de violência e a influência dessas representações nas decisões por ações de saúde para essas mulheres. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, do qual participaram 18 gestores/as de três municípios em Gestão Plena do SUS da Região Metropolitana do Recife (Pernambuco, Brasil). Esses gestores/as foram acomodados em três grupos distintos, com base na semelhança de suas falas sobre a mulher em situação de violência e as ações em saúde para essas mulheres. Entretanto, esses três grupos convergem no que se refere às representações que determinam as decisões por ações em saúde para essas mulheres: o compromisso da gestão com o movimento feminista. Este compromisso aparece como o fator mais relevante e argumentos comuns entre gestores/as da saúde como: problema de saúde pública e qualidade de vida, ou mais tecnicamente, a questão de custo-benefício, não são destacados.*

Palavras-chave Saúde da Mulher; Violência; Mulheres; Gênero

Introdução

Este estudo pretende conhecer as representações sobre saúde da mulher em situação de violência de gestores/as das secretarias municipais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. Objetiva ainda, investigar o papel dessas representações como determinantes de decisões políticas concernentes a ações de saúde dirigidas a essas mulheres.

O problema foi explorado tomando por base duas categorias: (a) a *perspectiva de gênero*, que se refere à percepção das diferenças entre mulheres e homens como conseqüência de uma construção sócio-cultural, o que determinaria a necessidade dessas diferenças serem consideradas, e (b) a *“cegueira” de gênero*, que se reporta à percepção que as diferenças entre mulheres e homens são tomadas como naturais e, dessa forma, as distinções e as características da condição da mulher nesta sociedade estariam invisibilizadas (Fontes & Neves, 1993). Para essas autoras, tendo o/a gestor/a assimilado a perspectiva de gênero, as políticas para as mulheres poderiam ser implementadas pois *“as necessidades da população não são homogêneas quando vistas sob a perspectiva de gênero”* (Fontes & Neves, 1993:55).

E por que estudar o papel das representações de gestores/as nas decisões por ações de saúde dirigidas às mulheres em situação de violência?

Desde o início dos anos 90, a violência contra a mulher é reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como causa de adoecimento das mulheres, sendo considerada uma questão de Saúde Pública (Heise et al., 1994).

A literatura traz vários aspectos desse tipo de violência, desde aspectos conceituais e de parâmetros até tipificações. Dependendo do tipo de enfoque do estudo, a violência contra a mulher aparece como resultado do conflito de gênero. É importante destacar que o conceito de Gênero que está sendo utilizado neste estudo é o de Heilborn (1991:29), que refere sobre a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos, destacando *“...a perspectiva relacional e sistêmica que domina o jogo de construção de papéis e identidades para ambos os sexos”*. Enfatiza ainda que a noção de gênero é um *“...elemento constitutivo da razão simbólica”* (Herilborn, 1991:29). A violência contra a

mulher também é referida como violência doméstica, familiar, sexual, psicológica, física, dentre outras classificações. Estas se relacionam ou estão contidas umas nas outras, entretanto pode-se considerar que a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a um tipo específico de violência: *violência contra a mulher*. Esta se caracteriza por ser uma violência cometida por um homem contra uma mulher, sendo determinada pelos modelos culturais do que é ser homem, do que é ser mulher e de qual a função da violência nas relações interpessoais e de poder. Essa condição de gênero determina a existência desse tipo de violência, mais freqüentemente no espaço socialmente estabelecido para as mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio. Neste caso, o agressor deixa de ser um estranho e passa a ser alguém com quem a mulher tem alguma ligação afetiva: parceiro, pai, padrasto ou outro familiar (Giffin, 1994), sendo que parceiros ou ex-parceiros são os agressores em aproximadamente 70% das denúncias registradas nas Delegacias de Defesa da Mulher (DDM) (D’Oliveira & Schraiber, 2000). Para Brandão (1998:58 – grifos da autora), *“...o termo violência contra a mulher adquire um sentido instrumental, tornando-se uma categoria política cunhada pela abordagem feminista para denunciar as desigualdades na relação homem/mulher”*.

Muitas dessas agressões levam imediatamente ao óbito, enquanto outras representam *“situações crônicas de vida”* (Schraiber et al., s.d.), não se apresentando como fatais, mesmo quando, muitas vezes, são de alta gravidade. Causando, dessa forma, repercussões nos índices de morbidade, que parecem não mobilizar, de uma forma geral, ações específicas do sistema de saúde. Entretanto, por se apresentarem de *“...caráter sistemático e repetitivo”* (Schraiber et al., s.d.), e não episódico, as conseqüências da situação de violência para os serviços de saúde são significativas. A violência deriva sofrimentos permanentes e cronicados, aumentando, sobremaneira, a demanda pelos serviços de saúde (Schraiber et al., s.d.).

Para Schraiber & D’Oliveira (1999), a violência contra a mulher, inicialmente, foi percebida como uma doença que requeria uma intervenção baseada na racionalidade biomédica, desde que identificada com uma base anatomo-patológica, objetiva e visível que permitisse uma justificativa para a intervenção. Caso contrário, a queixa não era considerada parte das ações em saúde, sendo referidas como da ordem do social e/ou do psicológico, desqualificando-as para uma intervenção médica. As

autoras referem, no entanto, que essa demanda precisa ser tomada como uma questão de saúde que aguarda uma intervenção adequada, pois a forma de intervenção será determinada baseando-se no modo como a violência doméstica contra a mulher é compreendida e acolhida. Esse aspecto destaca-se no contexto do estudo aqui apresentado: o que os/as gestores/as de saúde estão pensando sobre essa questão? Para Schraiber et al. (s.d.:3), “...*além do fato de que recentes dados de estudos internacionais demonstram a grande quantidade de repercussões para a saúde de viver em situação de violência, a violência é um problema: de saúde, de organização e produção dos trabalhos em saúde, de programas de atenção e prevenção, de políticas*”.

A promoção à saúde e a assistência médica às mulheres que vivem em situação de violência são aspectos, dentre vários outros, que representam a possibilidade de realização de direitos constituídos que garantam melhores condições de cidadania (Schraiber et al., s.d.). Ainda, segundo as autoras, esta é uma reflexão que se enquadra nas discussões de políticas públicas que favoreçam a qualidade de vida, e não só nas discussões restritas ao movimento feminista, precursor do debate e das propostas com relação às questões da saúde da mulher em situação de violência.

A literatura especializada vem demonstrando associação de risco entre a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental, os quais repercutem na diminuição de “anos saudáveis de vida” das mulheres (D’Oliveira & Schraiber, 2000). As consequências da violência doméstica são agravos que vão desde um empurrão leve até à morte. Sendo de natureza crônica, a agressão à mulher vai além dos traumas e dos agravos visíveis, estando associada a problemas gastrintestinais, queixas ginecológicas, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia e suicídio, sofrimento mental, lesões e problemas crônicos como distúrbios alimentares, dores abdominais e de cabeça e, até artrite, hipertensão e doenças cardíacas (Franco, 2000; Giffin, 1994; Schraiber & D’Oliveira, 1999).

As mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, porém, os/as profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento (Schraiber & D’Oliveira, 1999).

Nesse contexto, é importante refletir sobre os atores e atrizes que pensam e executam as políticas e ações de saúde. Machado (1999) observa que os elaboradores das políticas públi-

cas ainda se baseiam em idéias preconceituosas, de uma generalização da realidade masculina como que contemplando a realidade feminina e de uma naturalização dos papéis de mulher e homem. A autora conclui que, para o adequado atendimento das demandas de mulheres e homens, é necessário que os/as gestores/as mudem suas suposições sobre o tema. Esta afirmação é instigante, mas de difícil realização. Não se pode dizer para alguém que mude suas suposições sobre determinado tema. Entretanto, precisa-se entender qual a influência dessas suposições, como elas se expressam e determinam as decisões, sobretudo, decisões políticas.

Um importante aspecto que determinou este estudo, foi o entendimento que decisões por determinadas políticas de saúde só poderiam existir se de alguma forma a questão em foco fosse considerada um “problema”, uma demanda para o/a gestor/a apresentar uma resposta. Sabe-se que uma decisão política é determinada por múltiplos fatores, desde as questões econômicas e epidemiológicas até as pressões dos grupos sociais organizados. Dessa forma, surgiram perguntas como: a forma medianamente a qual o/a gestor/a problematiza e valoriza a questão influencia a definição por uma intervenção em saúde específica? De que modo?

Considerando este aspecto da valorização, que também pode ser definido enquanto suposições, idéias e representações, pode-se destacar o texto de Bozon (1995), que discute a relação das práticas, normas e representações. Neste texto, o autor define *representações* como: “...*camada mais antiga, mas também a mais estável e a mais implícita da visão de mundo dos indivíduos. Nas representações encontram-se categorias de classificação, imagens, símbolos que organizam a relação dos indivíduos com a natureza, assim como as relações dos indivíduos entre si (especialmente as relações de sexo). Essa visão de mundo se apresenta com frequência como natural, não exigindo qualquer justificativa...*” (Bozon, 1995:123).

As normas para Bozon (1995:124), são: “...*regras de comportamento explícitos às quais os indivíduos se referem conscientemente, e que se fundam sobre justificações ou princípios filosóficos, ideológicos ou políticos, ou sobre o surgimento de novas aspirações individuais ou coletivas.[...] O surgimento de novas normas, como da igualdade entre indivíduos, e entre os homens e as mulheres, não perturba de imediato as representações, cujo ritmo de evolução é lento*”.

Por fim, as *práticas* que para Bozon (1995), se referem aos comportamentos efetivamente realizados. “*Elas se ligam, de maneira bastante*

complexa, às normas que, com freqüência, as ultrapassam. Elas podem revelar a persistência de representações que se tornaram inconscientes. As únicas modificações decisivas são as que afetam as práticas" (Bozon, 1995:124).

No presente estudo e de acordo com Bozon (1995), a representação está sendo entendida como o aspecto subjetivo, simbólico da fala sobre a saúde da mulher em situação de violência. As representações parecem ser um aspecto ainda considerado secundário por ser "subjetivo" e, assim, menos importante quando o que está em questão é algo "objetivo" como uma decisão política. Entretanto, o aspecto das representações, que se apresenta como subjetivo, torna-se relevante, pois as questões subjetivas também podem estar determinando atitudes e o estabelecimento de prioridades nas decisões políticas.

Descrevendo as formas de acesso às informações

Foram escolhidos três dos 14 municípios da Região Metropolitana de Recife, enquadrados como em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. Esta escolha se deu porque, a partir da *Norma Operacional Básica de 1996* (NOB 96), os municípios que se instituíram em Gestão Plena passaram a ter, como uma de suas atribuições, a responsabilidade de responder às demandas de saúde da população (Lacerda et al., 1998), contando para isso com autonomia para a formação da agenda (programa de governo) e para a formulação e a implementação das políticas de saúde. Assim, os municípios poderiam implementar ações avaliadas como relevantes ou prioritárias, mesmo que não fizessem parte das propostas e agendas dos níveis estadual e nacional.

A escolha por gestores/as municipais se deve à descentralização da gestão na saúde, diretriz instituída pelo SUS, que possibilita decisões políticas com base na realidade local.

Os instrumentos para a coleta de informações foram: (1) questionário fechado, para caracterizar o/a informante; (2) entrevista semi-estruturada baseando-se nos temas *violência doméstica e saúde da mulher*, objetivando o acesso à fala dos/as informantes (vale destacar que as entrevistas foram estruturadas em três blocos: leitura do termo de consentimento, aplicação do questionário fechado e realização da entrevista semi-estruturada, e que esta última foi gravada e posteriormente transcrita, sendo que a análise realizada se deteve à sua forma escrita); (3) pesquisa documental: plano muni-

cipal de saúde e o plano plurianual do município, para contextualizar como o município normatiza as questões referentes à violência contra a mulher e as ações em saúde e (4) diário de campo, para registrar todas as impressões, sentimentos, idéias dos momentos vividos em campo, tanto na pesquisa de documentos quanto nas entrevistas. Com relação à pesquisa documental, foram examinados cinco planos municipais de saúde (proposta para as ações que serão desenvolvidas no município num período específico) e três planos plurianuais (planos em forma de lei municipal que descrevem as ações que serão desenvolvidas pela gestão municipal num período de quatro anos).

Foram entrevistados/as os/as seguintes gestores/as das secretarias municipais de saúde: os/as secretários/as titular e adjunto/a de saúde; os/as diretores/as de planejamento, saúde da mulher; DST/AIDS; ações básicas e acidentes e violência. Também foram entrevistadas as coordenadoras gerais das Coordenadorias da Mulher. A Coordenadoria da Mulher, instância do governo municipal, tem o papel de discutir questões de gênero e propor ações, fundadas nessa discussão, de forma transversal em todas as ações do governo, sendo as questões da saúde e da violência destacadas como ações prioritárias. Assim, foram realizadas 18 entrevistas (Porto, 2002).

O estudo, sendo de caráter descritivo, qualitativo e exploratório não pretende aprofundar-se na discussão teórica das representações. A idéia é identificar o que pensam, como pensam os/as gestores/as sobre a saúde da mulher em situação de violência, com base no que falam, e a relação dessas representações com as decisões por ações em saúde.

A leitura do empírico foi fundada nos seguintes pontos: (1) análise dos planos municipais; (2) tabulação dos dados dos questionários e (3) análise do diário de campo e, principalmente, das falas, após exaustiva leitura das entrevistas transcritas. As falas foram separadas dentro de alguns grandes temas: violência contra a mulher, homem agressor, mulher agredida, ações propostas para as mulheres em situação de violência, participação do movimento feminista, dentre outros. Foi realizada uma análise de conteúdo. Posteriormente, as falas semelhantes, no todo ou em alguns pontos principais, foram reunidas em três grupos que serão apresentados adiante.

Por fim, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em 7 de novembro de 2001.

O que pensam os gestores e gestoras

Os/As gestores/as podem ser caracterizados/as como um grupo eminentemente feminino, com idade entre 34 a 52 anos, de cor branca, com formação de graduação em ciências da saúde ou ciências humanas e pós-graduação na área de saúde pública. Todos/as os/as entrevistados/as, com exceção de uma, consideram-se trabalhadores/as do SUS ou servidores públicos, mesmo quando não têm vínculo empregatício com o serviço público, mais especificamente na saúde. Quase todos referem filiação partidária, com história de antiga militância. Desses, todos são filiados a partidos que se nomeiam “de esquerda”. A participação em movimentos sociais é menor que a participação em partido político. Dos movimentos sociais citados pelos/as informantes, a militância nos movimentos feministas e sanitarista se destacam.

Os/As informantes foram agrupados/as em três conjuntos, com base na semelhança do conteúdo de seus discursos no que se refere às idéias sobre a saúde da mulher em situação de violência e às ações em saúde para essas mulheres.

Os grupos foram nomeados considerando a forma como os temas eram revelados nas falas dos/as gestores/as. Dessa forma, foram criados os grupos Ações para as Mulheres, Compromisso Político e Ações para Todos. O critério utilizado para a tipificação proposta neste estudo, foi o conjunto da entrevista e a idéia de reunir falas com conteúdos semelhantes em grupos cujos nomes revelassem a tônica focal do teor de cada um deles. Assim, o *Grupo Ação para as Mulheres* ficou composto por mulheres com uma noção de gênero incorporada, que referem ligação com o movimento feminista e apresentaram uma fala em defesa dos direitos das mulheres; o *Grupo Compromisso Político* ficou com os/as médicos/as sanitaristas que referiam as ações para as mulheres em situação de violência com base em uma noção de gênero incorporada, dentre outras, por exemplo: as noções de classe, de raça/etnia defendidas como parâmetro para a intervenção político-administrativa e destacavam o compromisso político com essas noções na realização dessas ações. Por fim, o *Grupo Ações para Todos* que fazia referência a uma noção de gênero sem, no entanto, utilizá-la quando referia sobre as ações planejadas ou desenvolvidas e as justificativas para a realização destas. Neste momento, outras representações eram destacadas: a determinação da violência decorrente do contexto sócio-econômico ou de transtornos psicológicos, por exemplo. Entretanto, den-

tro de cada grupo, percebe-se subgrupos ou mesmo aspectos que poderiam classificar um/a informante em um outro grupo.

É importante destacar que esses/as informantes não puderam ser classificados segundo as categorias de Fontes & Neves (1993), citadas anteriormente: perspectiva de gênero e “cegueira” de gênero porque todos/as de alguma forma revelam um conhecimento do conceito de gênero não caracterizando uma “cegueira”. Contudo, a diferença entre os grupos está no modo com este conceito se integra, ou não, nas propostas e ações para as mulheres e em especial para as mulheres em situação de violência. A distinção fica focada na existência ou não de uma mudança na reflexão sobre o problema das mulheres em situação de violência com base num conceito, no caso gênero, que permite uma análise diferenciada de análises em que esse conceito não era considerado.

Apresentando os grupos

Seis informantes formam o *Grupo Ações para as Mulheres*. Todas relataram algum vínculo com o movimento feminista e apresentaram um discurso sistematizado, fundamentado nas discussões desse movimento. Demonstraram, ainda, um engajamento militante e um discurso baseado numa noção de gênero: “...*diretriz mais ampla de gestão ... promoção de uma maior igualdade entre homens e mulheres, com o objetivo de promover políticas pra diminuir essa desigualdade (...) controle social das mulheres sobre as políticas públicas (...) um maior poder de decisão (...) sobre a cidade*” (Laura, 34 anos).

As informantes percebem ainda: “... *você tem que entrar com a questão da educação (...) da segurança (...) de melhorar a qualidade de vida dessa mulher (...) então você precisa dar geração de renda pra essa mulher (...), não dá pra fazer só, entendeu? Só saúde, e pra dar saúde pra essa mulher, precisa de todas as outras ações e é o conjunto dessas ações*” (Eleonora, 52 anos).

Ou seja, esse entendimento de gênero possibilita a mudança de parâmetro, de modelo para a atuação em saúde e dessa forma várias ações seriam necessárias, dentre estas as de saúde dirigidas a mulheres em situação de violência. No entanto, dentro desse grupo observa-se diferenças na forma de abordar algumas questões, as quais podem ser determinadas por vários fatores, como trabalhar na Secretaria de Saúde ou na Coordenadoria da Mulher, formação ou experiência profissional, mas que na essência partem do mesmo princípio de de-

fesa dos direitos das mulheres, com base nas idéias do movimento feminista.

As informantes desse grupo apresentam uma fala de defesa dos direitos das mulheres tentando focar as questões específicas da mulher. Embora não desconsiderem a necessidade de intervir na família e de considerar o contexto do agressor. As mais velhas (Paula, 50 anos e Eleonora, 52 anos), falam considerando suas experiências pessoais no movimento feminista e suas reflexões críticas do próprio movimento: *“...e nós feministas que temos essa compreensão [...], nós temos que ser fraternas com essas mulheres e não é tratar ou lidar com isso como dois, dois blocos de mulheres; as que têm o conhecimento e se assumem enquanto mulher sob o olhar de gênero, e aquele outro bloco de mulheres que são as submissas ou aquelas que reproduzem a prática machista”* (Paula).

Falam também do lugar de poder dos homens como apresentando contradição, pois estes também seriam pressionados e refletiriam o que a sociedade lhes impõe. Teresa (41 anos) e Carmem (43) referem a defesa de um novo projeto de sociedade: *“...onde não tenha ... a dominação masculina. Também não queira perpassar a dominação feminina, mas que seja uma sociedade solidária”* (Carmem). Por fim, as mais jovens (Laura e Rose, ambas com 34 anos), fazem um discurso de defesa da mulher apontando o homem agressor como o principal responsável pela violência: *“...a gente tem tido essa preocupação aqui [...] de trazer essa discussão à tona, de trazer a questão, dada a denúncia, que as mulheres possam se identificar em situação de violência e possam denunciar seus agressores”* (Rose).

Os/As informantes do *Grupo Compromisso Político* apresentam um discurso sistematizado e relacionado ao compromisso político do partido ou da gestão com as questões da saúde da mulher em situação de violência e fazem uma generalização deste, ou seja, percebem as condições da violência contra a mulher e relacionam estas às ações que poderiam/deveriam ser realizadas pela gestão. Neste grupo também foram agrupados/as seis informantes, sendo importante destacar que com exceção de uma informante, todos/as têm uma filiação antiga a um mesmo partido político, apenas uma tem ligação com o movimento feminista e todos/as são sanitaristas – trabalhadores da saúde pública.

As/Os informantes desse grupo fazem uma alusão mais consistente ao modelo mais geral das ações das Secretarias de Saúde e à prioridade para as ações específicas para as mulheres em situação de violência, o que não está re-

lacionado a aspectos econômicos de custo-benefício da ação e sim às diretrizes que norteiam a gestão e o compromisso com os movimentos sociais: *“...que tem uma história de compromisso de luta e vinculação aos movimentos sociais, inclusive o movimento da construção da própria Reforma Sanitária do país, através de seus militantes, não enquanto Partido exatamente...”* (Rogério, 49 anos), apoiado em um ideário da liberdade e dos direitos individuais.

Finalmente o *Grupo Ações para Todos*, em que o discurso sobre as questões da violência contra a mulher não é sistematizado, ou seja, é referida uma noção de gênero em alguns momentos e em outros não. Nesse grupo, também formado por seis informantes, duas são sanitaristas, nenhuma participa do movimento feminista e metade tem filiação partidária.

Quando se referem especificamente à violência contra a mulher, apresentam um discurso mesclado com outras idéias como a questão de classe e a determinação da violência por patologias mentais, ou seja, a violência contra a mulher tendo uma influência da condição de classe do agressor ou de sua saúde mental, que, por sua vez, teria o reflexo de sua história de vida: *“...não há um trabalho muito voltado a compreender a mente desse indivíduo, seu cotidiano o seu comportamento. (...) eu acho que partindo daí vão poder ser desenvolvidas ações mais eficazes do que simplesmente esta de estimular a mulher a denunciar e fazer com que o poder público seja responsável pelo cumprimento da pena. Isso é, pra mim é um paliativo, na realidade, isso é metade do caminho[...]a outra metade, pra mim importantíssima, é descobrir porque fulano faz isso”* (Hélio, 36 anos).

Também nesse grupo, a perspectiva de gênero é percebida, mas de alguma forma são focadas outras questões como determinantes da violência contra a mulher. No entanto, chama a atenção que mesmo quando o discurso de alguma forma se refere a uma noção de gênero, não existe uma generalização dessa noção para as ações em saúde para a mulher em situação de violência.

É um grupo mais heterogêneo no que se refere às idéias expressas nas falas, mas o que possibilita a convergência dos/das informantes é o fato de que mesmo quando uma noção de gênero fundamenta a fala, não há uma relação com as atividades propostas para as mulheres em situação de violência, ou então o foco é desviado para outros grupos da população vitimados pela violência, como, por exemplo, no caso de Hélio (36 anos), para os homossexuais masculinos e no caso de Pedro (44 anos), para as crianças.

Considerando as entrevistas dentro do contexto dos municípios cujos gestores/as desenvolvem suas ações, pode-se destacar alguns pontos importantes.

Os três municípios apresentam em seus documentos, principalmente nos Planos Plurianuais e Planos Municipais de Saúde, propostas de ações para mulheres em situação de violência. Isso dentro de um universo mais amplo de ações em saúde para as mulheres. Com exceção de um município, essas ações são explicitadas na forma de capacitação de recursos humanos, definição de uma normatização para o atendimento a essas mulheres, criação de centros de referência para atendimento e desenvolvimento de ações intersetoriais de combate, prevenção e assistência à violência contra a mulher (Porto, 2002). Em um dos municípios existe a definição explícita pela implantação de políticas de gênero.

Essa constatação aponta para a idéia que as ações para as mulheres em situação de violência são consideradas e explicitadas nos planos de ação dos governos municipais estudados. Entretanto, isso não determina que exista uma política de ações integradas para essas mulheres. As propostas parecem pouco integradas com as demais ações, dando a impressão de que estão ali por uma necessidade para além de pressupostos técnicos próprios da Saúde Pública ou mesmo dos/as que formulam e implementam as políticas públicas.

A existência de um plano de governo que considera as ações com base em uma perspectiva de gênero parece não ser o suficiente como propunham Fontes & Neves (1993). Os/As gestores/as assumem a demanda do movimento feminista, que há muito pressiona para a inclusão de políticas para as mulheres em situação de violência. Contudo, a existência dessas propostas nos planos de governo não aparece, neste estudo, como sendo determinado por uma compreensão mais ampla do problema, fundada numa perspectiva de gênero internalizada. O argumento não se apresenta fundado em pressupostos da Saúde Coletiva nem de uma perspectiva de gênero, que pudesse dar uma visibilidade ao problema da violência contra a mulher dentro do próprio panorama da Saúde Coletiva. Na verdade, o argumento apresentado aponta a pressão popular por intermédio do movimento feminista como o determinante das decisões pelas ações.

O movimento feminista

Todos os/as gestores/as, com exceção de três, percebem o movimento feminista ou movimento de mulheres como parceiros ou participando diretamente das ações das Secretarias de Saúde para as mulheres. A participação desse movimento também é percebida pelas instâncias de controle social como o Conselho Municipal de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde. Para quatro quintos de todos/as os/as informantes, que fizeram referência ao controle social, as demandas para ações dirigidas às mulheres em situação de violência existem, em decorrência da organização e articulação do movimento feminista dentro dessas instâncias: *“...um dos membros dos usuários do sistema é uma representante do movimento feminista dentro do Conselho Municipal, eu estou dizendo isso que não tem nada mais concreto do que demonstrar[...] isso, agora lógico que isso é uma coisa que vai depender do próprio movimento pra ver, pautar pra dentro do Conselho Municipal a questão da saúde da mulher como um problema prioritário”* (Rogério, 49 anos).

É como se a demanda por essas ações só existisse porque as mulheres organizadas estão lá para fazê-la, não acontecendo quando estão ausentes. Em outras palavras, os/as informantes concentram-se mais na idéia de que a demanda específica pelas ações para as mulheres em situação de violência é uma decorrência da presença do movimento de mulheres nas instâncias de controle social. Dessa forma, as questões da violência contra a mulher ficam enquadradas entre as demandas feministas e não como defendem Schraiber et al. (s.d.) e Heise et al. (1994), enquanto uma demanda da população em geral por estar relacionada com a promoção de qualidade de vida e por ser uma questão de saúde pública.

Outro aspecto importante, nas falas, é a influência das mulheres feministas, dentro e fora dos partidos políticos, promovendo pressões, debates e compromissos, que teve início na organização da plataforma eleitoral até a estruturação do governo com a ocupação de cargos e o planejamento das ações: *“...a plataforma que foi construída na secretaria de saúde, e mesmo uma série de contribuições que redundaram no planejamento e na definição de prioridades na coordenadoria da mulher, elas foram resultado do processo de construção durante a campanha eleitoral e o processo pós-eleitoral que antecedeu a criação dessas estruturas através da formulação de uma plataforma de programa de governo que contou com diferentes setores do movimento de mulheres: setores sindicalistas,*

movimento autônomo de mulheres, movimento popular de mulheres” (Laura, 34 anos).

Essa questão se destaca, pois parece reforçar a necessidade da participação efetiva desse movimento no processo de implementação de políticas para as mulheres em situação de violência, tanto por meio dos partidos políticos, quanto mediante o controle social, conforme orientado na Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing 95 (Isis Internacional, 1995). Apesar da crise dos movimentos sociais conforme discutida por Alonso (1995), o movimento feminista é percebido como fator determinante na implementação de ações em saúde para as mulheres em situação de violência. Essa questão também aparece, por exemplo, na influência de uma secretária municipal, “*uma feminista histórica*” (Carmem, 43 anos), no desenvolvimento das ações para as mulheres em situação de violência em um dos municípios.

As/Os informantes referem que mulheres organizadas no movimento feminista participaram efetivamente da última Conferência Municipal de Saúde, realizada no seu próprio município e determinaram ações para a saúde da mulher em situação de violência de forma mais detalhada e específica. Esse aspecto chama a atenção, pois, mesmo quando existe uma estrutura para atuar com base na noção de gênero, com uma instância de governo específica e bem estruturada – a Coordenadoria da Mulher – são as mulheres do movimento feminista que pressionam pela realização das ações. A pressão apresenta-se como fator determinante, pois temáticas que não aparecem como prioridades históricas da pauta feminista não são percebidas como importantes. Hélio (36 anos), não percebe uma priorização das demandas feministas para as questões de DST/AIDS como percebe para as questões da violência contra a mulher (questão prioritária do movimento feminista), o que determinaria, segundo ele, o afastamento de sua coordenação das ações para as mulheres em situação de violência: “*...temos profissionais que [...] são feministas, e [...] o olhar do movimento feminista está presente em nossas ações [...]. Daí até a preocupação com alguns discursos que possam não parecer discursos machistas ou preconceituosos ou até não feminista. [...] já é uma contraface, agora que a demanda venha delas, não*” (Hélio, 36 anos).

Considerações finais

Com base no que foi anteriormente apresentado, pode-se dizer que a percepção da assimetria entre os gêneros, como algo construído socialmente e que define hierarquia e relações de poder, necessariamente não determina a decisão por ações em política pública de saúde para as mulheres em situação de violência. Neste estudo, quando a noção de gênero aparece apenas como norma – política definida pela gestão municipal, por exemplo – não se percebe uma articulação entre a idéia (perspectiva de gênero) justificando a decisão pela ação (políticas de saúde para a mulher em situação de violência), e quando a idéia existe enquanto uma representação, ou seja, algo mais internalizado, mais estrutural, um valor para quem falava, a articulação com a decisão pela ação fica mais evidente, pois a ação era compreendida com base na perspectiva de gênero.

A decisão por ações para as mulheres em situação de violência desarticulada de uma nova forma de perceber a saúde da mulher, considerando uma perspectiva de gênero, promove a estruturação de um serviço que provavelmente não irá responder às demandas, pois são construídos dentro de um modelo anterior que não apresentou respostas eficientes. Seria algo como um novo serviço efetivado da velha forma. Assim, as ações em saúde para as mulheres em situação de violência parecem de fato demandar uma intervenção que precisa de um novo parâmetro do que é ser mulher, e este parâmetro redefinindo o que é saúde, atenção e assistência em saúde fundado em uma perspectiva de gênero mais internalizada, que problematize a questão.

A perspectiva de gênero, quando assimilada por esse/as gestores/as, independente do caminho ou da motivação, favoreceu decisões por ações de saúde para a mulher em situação de violência. Entretanto, é importante destacar que isso se deu dentro de um contexto maior de compromisso político da gestão com o movimento feminista e, principalmente, pela pressão exercida por esse movimento no que se refere à realização de políticas públicas para as mulheres e, em especial, para as mulheres em situação de violência.

Para os/as gestores/as deste estudo, a decisão por ações para as mulheres em situação de violência responde a uma demanda histórica do movimento feminista, e não, como se poderia esperar de gestores/as da saúde, a uma demanda da sociedade por estar relacionada com questões de saúde pública, qualidade de vida e uso mais racional dos recursos públicos desti-

nados à promoção da saúde na população. Aqui também fica evidente o quanto a perspectiva de gênero ainda não está incorporada na reflexão sobre as políticas públicas de saúde, embora, agora, seja referida. Parece ser uma ação que tem um lugar específico, por conta da interlocução do movimento feminista com as gestões municipais. A perspectiva de gênero presente nas administrações municipais, neste estudo, parece que ainda não promoveu uma mudança estrutural na forma de perceber um problema de saúde e conseqüentemente na forma de intervir para solucioná-lo.

Agradecimentos

Este estudo integra o Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva/MUSA – Programa de Estudos em Gênero e Saúde/Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/Universidade Federal da Bahia (UFBA). Neste, teve a orientação da Profa. Dra. Cecília MacCallum e foi financiado da Fundação Ford. Faz parte também do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pois aborda aspectos importantes desenvolvidos na dissertação de mestrado por mim defendida nesse programa: *A Saúde da Mulher em Situação de Violência: O Que Pensam os Gestores e Gestoras Municipais do Sistema Único de Saúde?*, que foi orientada pelo Prof. Dr. Russell Parry Scott e pela Profa. Dra. Heloísa M. Mendonça de Moraes. Nesse programa fui bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Quero agradecer às Profas. Dras. Ceci Noronha (ISC/UFBA), Thália V. B. de Araújo (PIPASC/UFPE) e Lília B. Schraiber (Departamento de Medicina Preventiva/Universidade de São Paulo) pelas importantes contribuições.

Referências

- ALONSON, L. E., 1995. *Postfordismo, Fragmentación Social y Crisis de los Nuevos Movimientos Sociales*. Madrid: Pablo Iglesias.
- BOZON, M., 1995. Amor, sexualidade e relações sociais de sexo na França contemporânea. *Estudos Feministas*, 3:122-135.
- BRANDÃO, E. R., 1998. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: *Horizontes Plurais: Novos Estudos de Gênero no Brasil* (C. Bruschini & H. B. Hollanda, org.), pp. 51-84, São Paulo: Editora 34/Fundação Carlos Chagas.
- D'OLIVEIRA, A. F. & SCHRAIBER, L. B., 2000. Violência doméstica como problema para a saúde pública: Capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes intersetoriais de reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, *Anais*, CD-ROM, Salvador: ABRASCO.
- FONTES, A. & NEVES, M. G., 1993. Gestão municipal e perspectiva de gênero. *Revista de Administração Municipal*, 206:52-63.
- FRANCO, I. R., 2000. Mulheres em situação de violência doméstica: Produção e enfrentamento do fenômeno. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, *Anais*, CD-ROM, Salvador: ABRASCO.

- GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:146-155.
- HEILBORN, M. L., 1991. Gênero e condição feminina: Uma abordagem antropológica. In: *Mulher e Políticas Públicas* (M. G. R. Neves, org.), pp. 23-38, Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis/Fundo das Nações Unidas para a Infância.
- HEISE, L.; PITANGUY, J. & GERMAIN, A., 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- ISIS INTERNACIONAL, 1996. *Plataforma Beijing 95: Um Instrumento de Ação para as Mulheres*. Santiago: Isis Internacional.
- LACERDA, E.; PARREIRA, C.; CUNHA, G. V.; PEDROSA, J. I.; QUEIROZ, L. G.; CORREIA, M. V.; LEÃO, M. L. R. F. & MUNIZ, V. L. P., 1998. *O SUS e o Controle Social: Guia de Referência para Conselheiros Municipais*. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- MACHADO, L. M. V., 1999. *A Incorporação de Gênero nas Políticas Públicas: Perspectivas e Desafios*. São Paulo: Annablume.
- PORTO, M., 2002. *A Saúde da Mulher em Situação de Violência: O Que Pensam os Gestores e Gestoras Municipais do Sistema Único de Saúde?* Dissertação de Mestrado, Recife: Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco.
- SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. L. P., 1999. Violência contra a mulher: Interfaces com a saúde. *Interfaces: Comunicação, Saúde, Educação*, 5:11-27.
- SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; STRAKE, S. S. & LIBERMAN, M. D., s.d. *Violência contra a Mulher e Políticas de Saúde no Brasil: O que Podem Fazer os Serviços de Saúde?* São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. (mimeo.)

Recebido em 2 de junho de 2003

Versão final reapresentada em 29 de agosto de 2003

Aprovado em 19 de setembro de 2003