

# BIS

Boletim do Instituto de Saúde  
Volume 15 - Número 1 - Fevereiro 2014  
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



*Enfrentamento da violência pela Saúde II*



# Sumário

## Editorial

*Katía Cibelle Machado Pirota, Maria de Lima Salum e Morais, Suzana Kalckmann, Márcio Derbli*.....05

**Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso • Mapping of health services that meet women in situations of both domestic and sexual violence in SUS / SP: learning to give visibility as well as expand access**

*Cláudia Medeiros de Castro, Tania Di Giacomo do Lago, Karina Barros Calife Batista*.....06

**Contribuições para a superação da cultura de violência contra mulheres no interior do Rio Grande do Sul: relato de experiência • Contributions to overcome the culture of violence against women in interior of Rio Grande do Sul: Experience report**

*Maria Celeste Landerdahl, Letícia Becker Vieira, Laura Ferreira Cortes, Rosana Vargas Fraga*.....14

**Problematizações acerca da naturalização da violência contra a mulher • Problematizations about the naturalization of violence against women**

*Maria Clara de Mello Andrade*.....22

**Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres • Difficulties of health professionals in the State of São Paulo in filling the compulsory notification form of cases in sexual violence against women**

*Silvana Ferreira Bento, Maria Helena de Sousa, Maria José Duarte Osis, Aníbal Faúndes*.....29

**Indicadores de suicídio no Estado de São Paulo entre 2003 e 2010 • Indicators of suicide in the state of São Paulo between 2003 and 2010**

*Maria de Lima Salum e Morais, Maria Mercedes Loureiro Escuder*.....36

**Preenchimento da variável raça/cor de grupos selecionados de causas de morte no Sistema de Informação sobre Mortalidade no Brasil • Filling out the race / color of selected groups in causes of death in the information system on mortality**

*Edna Maria de Araújo, Felipe Souza Nery, Ionara Magalhães de Souza, Luciana de Araújo Pereira, Maria Josimeire Silva de Carvalho*..42

**Violência, gênero e etnia no Estado de São Paulo • Violence, gender and ethnicity in the state of São Paulo**

*Cláudio Celso Monteiro Júnior*.....51

**Direitos, políticas e práticas de atenção à saúde e sexualidade de jovens e adolescentes em instituições governamentais de privação de liberdade • Rights, policies and practices regarding health and sexuality among young people and adolescents in government freedom privation institutions**

*Maria Helena Franco, Vera Lúcia Simonetti Racy, Maria Cecília Moraes Simonetti*.....61

**Violência doméstica contra crianças e adolescentes no contexto brasileiro - discussão a partir de dados da literatura • Domestic violence against children and adolescent in the Brazilian context - discussion from the literature's data**

*Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*.....68

**O acesso à saúde de jovens em situação de extrema vulnerabilidade • Access to health care for young people in situations of extreme vulnerability**

*Marisa Feffermann*.....75

**Atendimentos aos dissidentes da heteronormatividade: o sentido da alocação no tratamento universal, equânime e integral em saúde • Attendance to heteronormativity dissenters: the sense of allocation in the universal treatment, equitable and comprehensive health**

*Livia Gonsalves Toledo*.....82

**Inclusão: território da ambivalência • Inclusion: territory of ambivalence**

*Célia Regina de Souza Cauduro*.....89

## Instituto de Saúde

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista  
São Paulo-SP – CEP: 01314-000  
Tel.(11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772  
Instituto de Saúde – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)  
e-mail: [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br)

## Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo  
David Everson Uip

## Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde  
Luiza Sterman Heimann

Diretora Adjunta do Instituto de Saúde  
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o  
SUS-SP  
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP  
Sônia I. Venâncio

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico  
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo  
Bianca de Mattos Santos

## Boletim do Instituto de Saúde – BIS Volume 15 – Nº 1 – Fevereiro de 2014 ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529

Publicação semestral do Instituto de Saúde  
Tiragem: 2000 exemplares  
Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>

Editor  
Márcio Derbli

Editores convidados  
Katia Cibelle Machado Pirotta  
Maria de Lima Salum e Morais  
Suzana Kalckmann

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica  
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração  
Bianca de Mattos Santos

Biblioteca  
Carmen Campos Arias Paulenas

Capa  
Inspirada na obra “Guernica” de Pablo Picasso (1937)

Ilustrações  
Mario Melindro

Revisão  
Jorge Moutinho

Versão para o inglês  
Roberto Gouthier

Projeto gráfico e editoração  
Rapport - [www.rapportcomunica.com](http://www.rapportcomunica.com)

## Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA  
Áurea Eleutério Pascalicchio - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Ausonia F. Donato – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Benedito Medrado – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife-PE – Brasil  
Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Carmen Campos Arias Paulenas – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Ernesto Báscolo - Instituto de la Salud Juan Lazarte - Universidad Nacional de Rosario - Rosario - Argentina  
Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil  
Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil  
José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro-RJ – Brasil  
Katia Cibelle Machado Pirotta – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Márcio Derbli - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália  
Maria de Lima Salum e Morais - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Marina Ruiz de Matos - Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil  
Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo-SP – Brasil  
Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil  
Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo - Unicamp - Campinas -SP – Brasil  
Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil  
Suzana Kalckmann – Instituto de Saúde (IS) - São Paulo-SP – Brasil



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**



## Editorial

**E**m prosseguimento ao percurso iniciado no BIS anterior, este número dá continuidade à discussão, cuja finalidade é analisar avanços e pontos críticos e, também, divulgar diferentes experiências realizadas pelos serviços de saúde no enfrentamento da violência. O interesse promovido pela chamada inicial de artigos, que obteve uma grande quantidade de propostas para a publicação, indica a profundidade que o problema da violência atinge em nossa sociedade e a mobilização para seu enfrentamento. No entanto, por se tratar de um fenômeno complexo e multifacetado, a violência exige respostas articuladas e estruturadas. Não bastam ações isoladas e pontuais para seu enfrentamento. É necessário que as políticas e as instituições ofereçam recursos e condições para a continuidade das ações e dos programas.

Diversas medidas têm sido tomadas em diversas esferas do poder público. Entre elas, merece destaque a aprovação da lei n° 11.340 de 2006, a Lei Maria da Penha, e a lei n° 10.778 de 2003, que prevê a notificação compulsória dos casos de violência contra mulheres atendidas em serviços de saúde. Não obstante tais avanços, recentemente, uma escalada no número de estupros foi observada no Brasil. Dados do 7° Anuário Brasileiro de Segurança Pública revelam que, no ano de 2012, houve um aumento de 18% no número de estupros, em relação ao ano anterior. Ocorreram 50.617 casos de violência sexual, que representam 26,1 estupros por grupo de 100 mil habitantes, uma taxa consideravelmente elevada. No quesito mortalidade violenta, em 2012, o Brasil registrou aumento na taxa que passou de 22,5 homicídios por 100 mil habitantes para 24,3 homicídios por 100 mil, em relação ao ano anterior. Esse quadro demonstra que ainda há muito por fazer para a construção de uma sociedade mais justa e em paz.

No volume atual, são apresentados artigos que refletem a preocupação com o mapeamento e o reconhecimento da violência, invisibilizada em diversas situações e, por muitas vezes, mascarada ou banalizada. O preconceito e a naturalização da violência nas relações cotidianas são alguns dos aspectos problematizados nos textos aqui publicados. Outros autores abordam as dificuldades da notificação da violência, cuja operacionalização ainda não está completamente resolvida. Alguns estudos empregam informações disponíveis nos bancos de dados e produzem análises pioneiras, apontando para a necessidade de aprimoramento da qualidade dos sistemas de notificação.

Encerrando o quadro iniciado no volume 14 (3), de agosto de 2013, os artigos publicados nesta edição trazem elementos para refletirmos sobre as diversas facetas com que a violência se apresenta em nossa sociedade. Esperamos que os problemas aqui denunciados possam ser melhor desvendados e que os esforços voltados para o seu enfrentamento e para a construção da paz sejam ampliados. Desejamos que a leitura desta publicação possa contribuir para a defesa da justiça e da equidade, permitindo-nos sonhar com uma sociedade livre da violência, do preconceito e da opressão. Boa leitura!

A partir desse número o BIS será semestral.

Kátia Cibelle Machado Pirota

Maria de Lima Salum e Moraes

Suzana Kalckmann

Márcio Derbli

# Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso

Mapping of health services that meet women in situations of both domestic and sexual violence in SUS / SP: learning to give visibility as well as expand access

Cláudia Medeiros de Castro<sup>1</sup>, Tania Di Giacomo do Lago<sup>II</sup> e Karina Barros Calife Batista<sup>III</sup>

## Resumo

Um mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no estado de São Paulo foi realizado no período de novembro de 2010 a maio de 2011, a fim de divulgá-los para a população. Trata-se de uma ferramenta digital para o autocadastramento das unidades de saúde e inserção de informações sobre a população atendida, as ações desenvolvidas e a composição da equipe. Duzentos e oitenta e oito serviços de saúde inseriram todas as informações; eles estão localizados em 16 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e 91 municípios. Apenas 12 oferecem o aborto previsto em lei. A distribuição regional dos serviços é muito desigual, e ações como prescrição da contracepção de emergência não são realizadas em todos eles, o que sinaliza a necessidade de melhor capacitação das equipes. O reduzido número de serviços que realizam o aborto previsto em lei indica a manutenção das barreiras que dificultam às mulheres a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual. O mapeamento mostrou ser uma importante ferramenta de gestão para monitoramento e formação da rede de atenção à saúde das mulheres em situação de violência no Estado.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher, Violência Doméstica, Violência Sexual, Atenção à Saúde

## Abstract

It was done a health services mapping that meet women in situations of domestic and sexual violence in the State of São Paulo in order to disclose them to the public. Method: A digital tool for both self-registration of health units and inclusion of information about the population served as well as for the actions taken and team composition. Period: November 2010 to May 2011. Results: 288 health services provided all information. They are at 16 Regional Departments of Health (DRS) and 91 municipalities. Only 12 offer abortion provided in Law. Discussion: The regional distribution of services is very uneven, its actions such as prescription of emergency contraception are not performed in all of them, which demonstrates the need for better training of teams. The few services that perform legal abortions indicate that there are still barriers to women who intend to terminate pregnancy resulting from sexual violence. Final Thoughts: The mapping was an important management tool for both monitoring and creating of a network health care of women in situations of violence in the state.

**Keywords:** Violence against Women, Domestic Violence, Sexual Violence, Health Care

<sup>I</sup> Cláudia Medeiros de Castro (claudia.medeiros@usp.br) é doutora em Ciências pelo Programa de Pós Graduação da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES/SP, psicóloga e docente do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Tania Di Giacomo do Lago<sup>II</sup> (tlago@isaude.sp.gov.br) é doutora em Demografia pela Universidade Estadual de Campinas e médica sanitária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

<sup>III</sup> Karina Barros Calife Batista (kcalife@saude.sp.gov.br) é doutoranda em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Coordenadora de Saúde da Região Sudeste do Município de São Paulo e médica Sanitarista do Centro de Saúde Escola Barra Funda da Faculdade Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.



## Introdução

A violência é fenômeno de grande magnitude que atinge milhares de pessoas em todo o mundo, não se restringindo a regiões em guerra ou em conflitos similares. Na América Latina e no Caribe, a violência é a principal preocupação de cidadãos e cidadãs das grandes cidades, segundo relatório da Organização das Nações Unidas (ONU). Na região, as principais causas da violência são o crime organizado e a violência doméstica. As mulheres adultas, as adolescentes e crianças são especialmente impactadas pela violência, que historicamente é marcada pela desigualdade de gênero, alicerçada em múltiplos pilares, como a dependência econômica ou afetiva e a histórica apropriação de suas vidas e corpos como objetos dos que detêm o poder<sup>12,2</sup>. A violência contra a mulher é expressa de várias formas, sendo definida pela Organização das Nações Unidas como:

qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte em, ou tenha probabilidade de (possa) resultar em prejuízo ou sofrimento físico, sexual ou psicológico para mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo tanto na vida pública como na vida privada<sup>15</sup> (p. 16).

Estima-se que, no mundo, uma em cada três mulheres tenha sofrido alguma forma de violência em algum momento da vida. Relatório sobre violência contra mulher apresentado para a Assembleia Geral da ONU estima que a violência perpetrada por parceiro íntimo alguma vez na vida afete 6% a 59% das mulheres, a depender do país considerado. Neste contexto, quando a violência é sexual, o evento é cercado, muitas vezes, pelo silêncio e pode não ser nomeado como violência, mas como parte da relação conjugal<sup>9</sup>.

Estudo multicêntrico, que incluiu o Brasil e foi desenvolvido com mulheres de São Paulo e Pernambuco, mostrou que dentre 3.193 usuárias de 19 unidades de saúde, 76% relataram ter sido submetidas a alguma situação de violência uma vez na vida e 54,8% referiram violência física e/ou sexual<sup>13</sup>.

Dados do Hospital Pérola Byington, organizados por Drezett, mostram que entre 1994 e 2006 foram atendidas 6.774 mulheres adultas e 5.616 adolescentes<sup>7</sup>. O hospital conta com um posto do Instituto Médico Legal (IML), que desde 2001 atende com médicas legistas, resultado do Programa Bem-Me-Quer, uma parceria entre secretarias estaduais. Em Campinas, o Centro de Assis-

tência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), que oferece atendimento multidisciplinar para mulheres em situação de violência sexual, no período compreendido entre 1998 até 2006 atendeu 1.174 mulheres e realizou 71 abortos legais<sup>1</sup>.

Tendo por base a atuação desses dois serviços e a experiência inaugural do Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya em São Paulo, o Ministério da Saúde lançou em 1998 a norma técnica para atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, que após revisões periódicas encontra-se na 10ª edição<sup>3</sup>. Não obstante a norma ter dado respaldo técnico e político aos serviços pioneiros que vinham oferecendo atenção a essas mulheres e, principalmente, à criação de novos, a ampliação do número de unidades de saúde que efetivamente realizem todas as ações lá previstas, desde a atenção emergencial à vítima até a realização do aborto, tem sido muito tímida.

Por este motivo, um dos objetivos incluídos no Plano Estadual da Saúde 2008 a 2011 foi a ampliação do número de serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual, tendo por meta a existência de pelo menos um na área de abrangência de cada Departamento Regional de Saúde (DRS) no Estado de São Paulo<sup>14</sup>.

A fim de sensibilizar profissionais e gestores para esse desafio e de compartilhar experiências já existentes, realizou-se o I Encontro Estadual para Atenção às Vítimas de Violência Sexual, em 2008, que reuniu 466 pessoas oriundas de 91 municípios de São Paulo<sup>10</sup>. No entanto, até o final de 2010, apenas dois novos serviços foram implantados, ambos em hospitais estaduais: no Hospital Geral de Itapeverica da Serra e no Hospital Geral de Cotia. Várias secretarias municipais, quando estimuladas nessa direção, referiam já oferecer algum tipo de atenção a mulheres vítimas de violência. Para conhecer a distribuição dessas unidades de saúde no território estadual, a natureza da atenção ofertada e divulgá-la à população e aos profissionais de saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) decidiu realizar o mapeamento desses serviços de saúde. O método utilizado para tal levantamento e seus resultados são apresentados no presente trabalho.

## Método

Em 2010, a SES/SP criou uma ferramenta digital denominada Mapeamento Violência Doméstica e Sexual (MAPVIODS), disponível no sítio da secretaria, que per-

mitiu aos responsáveis pelos serviços de saúde que realizavam atendimento de mulheres e adolescentes em situação de violência informar as ações por eles desenvolvidas, horário de funcionamento, composição da equipe, sua localização e contato. Durante o desenvolvimento da ferramenta, após ouvir outras áreas técnicas, decidiu-se não restringir a população atendida a mulheres e receber informações sobre as diferentes populações atendidas. A proposta foi divulgada na página eletrônica da SES/SP e em reuniões com gestores regionais e representantes das Secretarias Municipais de Saúde.

Para iniciar o processo, um profissional atuante no serviço solicitava por meio eletrônico seu cadastramento. Para que a informação fosse incluída, um técnico em cada um dos 17 DRS confirmava digitalmente a existência do serviço e habilitava sua inclusão no sistema. O responsável pelo serviço recebia mensagem eletrônica autorizando-o a retornar ao sistema, lançar todas as informações solicitadas, concluindo sua inclusão. O mapeamento teve início em novembro de 2010 e término em maio de 2011.

## Resultados

Embora 463 diferentes usuários tenham solicitado cadastramento, 288 serviços que prestam algum atendimento a pessoas em situação de violência concluíram a inserção de todos os dados solicitados, o que corresponde a 62% dos que solicitaram acesso. Estes estão presentes em 136 dos 645 municípios e em 16 DRS, nos quais se distribuem de forma heterogênea (Figura 1). Os DRS com o maior número de serviços cadastrados foram Barretos (75), São José do Rio Preto (46) e Marília (38). No entanto, nenhum serviço foi informado no DRS de Registro.

É preciso esclarecer que pelo menos dois municípios de grande porte, Santo André e Campinas, não inseriram informações no sistema, apesar de sabidamente possuírem serviços dessa natureza e de o mapeamento ter sido amplamente divulgado. Em um deles, inclusive, toda a rede básica municipal provê assistência a pessoas em situação de violência.

Quando se estabelece a razão entre o número de serviços existentes no DRS e a população residente estimada para 2011, verifica-se o quão heterogênea é a oferta assistencial. A melhor relação de disponibilidade de serviços verificou-se no DRS de Barretos, onde há um serviço para cada 5.517 pessoas, enquanto a média

do Estado é de um serviço para cada 144.766 habitantes. Excetuando-se Registro, a pior situação foi observada no DRS de Taubaté, que apresentou um serviço para cada 2.292.055 habitantes.

Quanto ao tipo de serviço, 127 deles (58% do total registrado) encontram-se na atenção básica, em unidades nomeadas como Unidade Básica de Saúde (UBS), centro de saúde ou Unidade de Saúde da Família (USF). Os serviços hospitalares, incluindo unidades de emergência, pronto atendimento e pronto-socorro, corresponderam a 68 unidades, 24% do total, seguidos por ambulatórios de especialidades, unidades de atenção à saúde da mulher e outros. Quatro secretarias municipais de saúde foram registradas, sem indicação do local no qual se desenvolvia a atenção.

No que se refere à composição das equipes de saúde que realizam o atendimento, encontramos enfermeiros e médicos em 96% dos serviços, seguidos de psicólogos em 51% e assistentes sociais em 41%. Outros profissionais, que não foram discriminados, integram mais da metade das equipes.

Quanto à população-alvo dos serviços, a quase totalidade (283 unidades) informou atender mulheres, enquanto 266 informaram atender também os homens (Tabela 1).

Foi perguntado se os serviços atendiam pessoas em situação de violência doméstica e violência sexual, e a grande maioria (87%) assistia mulheres vivendo em qualquer das duas situações (Tabela 1). Essas 250 unidades, somadas às 35 que relataram oferecer atenção apenas a vítimas de violência sexual, perfazem 99% dos serviços que aderiram ao mapeamento.

Apesar disso, conforme se vê na Tabela 2, menos de 50% das unidades de saúde dispensam qualquer forma de contracepção de emergência ou medicamentos imprescindíveis para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) bacterianas e virais, conforme proposto na norma técnica do Ministério da Saúde. Chama a atenção ainda que em 45% dos serviços não exista sequer a prescrição de quimioprofilaxia para DSTs e que o mesmo ocorra em relação à hepatite B em 58% das unidades de saúde. No caso da contracepção de emergência, 40% dos serviços informam não prescrevê-la.

No que diz respeito à interrupção da gestação em situação de violência sexual, 24 serviços informaram realizá-la. Entretanto, após checar as informações por telefone, apenas 12 confirmaram ter equipe disponível para realizar o procedimento. Destes, cinco estão loca-



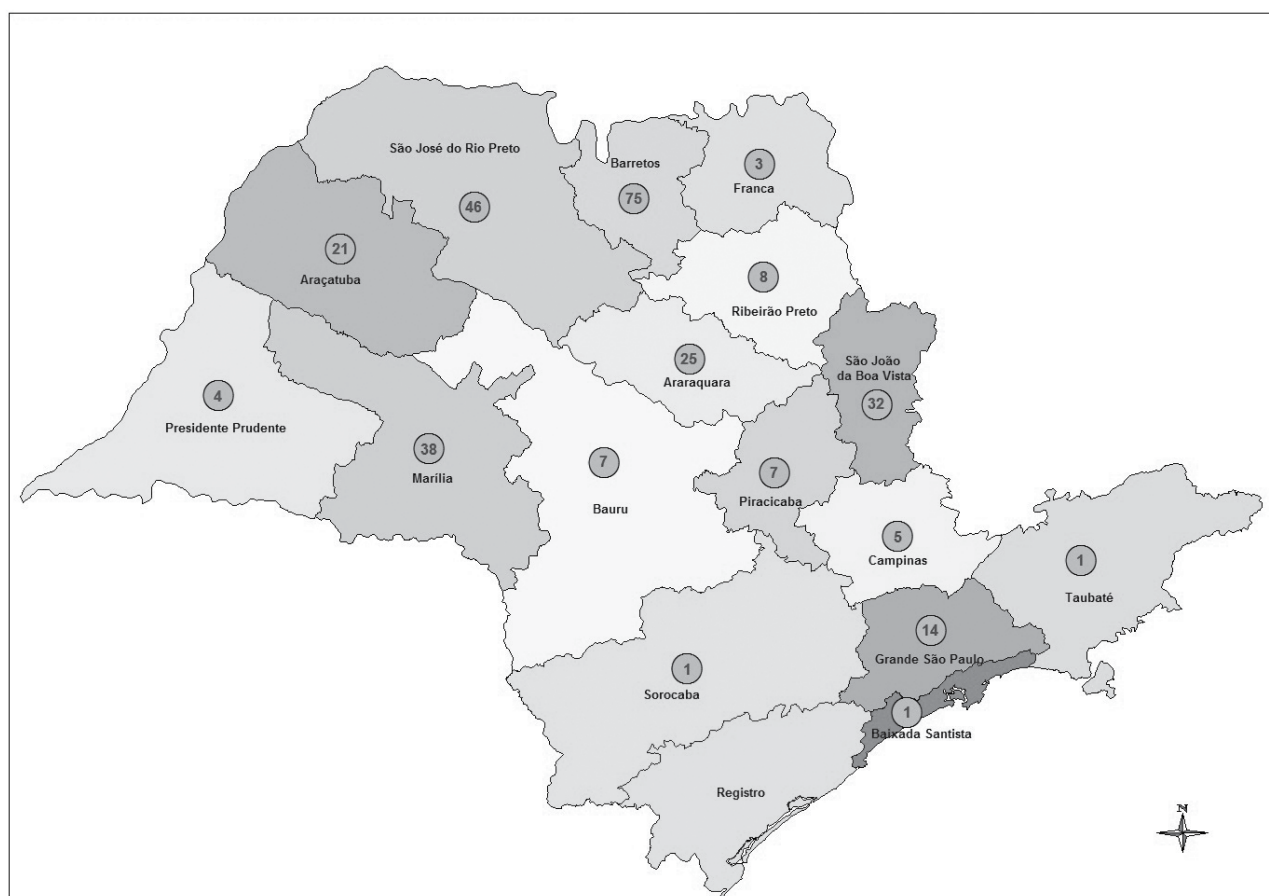
lizados na Região Metropolitana de São Paulo e um em cada um dos DRS seguintes: Araçatuba, Araraquara, Campinas, Marília, Presidente Prudente, Ribeirão Preto e São José do Rio Preto (Figura 2).

### Discussão

O processo de mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência sexual encontrou dificuldades para sua realização. A principal delas diz respeito à utilização da ferramenta digital, seja pela indisponibilidade de computadores em algumas unidades básicas de saúde, seja pela “disputa” desses equipamentos – que, muitas vezes em pequeno número, são utilizados para múltiplas tarefas na unidade – e às vezes por problemas com

a conexão via Internet. Alguns usuários também relataram dificuldades advindas da própria ferramenta, que “não respondia” a contento mesmo quando os requerimentos para acessá-la eram adequadamente atendidos. É provável que isso tenha desanimado profissionais a seguir o processo de cadastramento e explique parte da diferença entre o número de pessoas que solicitaram acesso e o de serviços efetivamente informados. Além disso, outros motivos podem ter levado pessoas a solicitarem acesso ao sistema e, ao obtê-lo, verificarem que ele só se destinava ao registro de serviços de saúde. Por sua vez, a ausência de serviços conhecidos pelo atendimento a pessoas em situação de violência mostra que o conjunto aqui apresentado está subdimensionado.

**Figura 1** – Mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência – Número de estabelecimentos segundo DRS, Estado de São Paulo, novembro/2010 a maio/2011



**Tabela 1** – Distribuição dos serviços de saúde segundo população-alvo e tipo de violência atendida, SUS, São Paulo, novembro 2010 – maio 2011.

Características do Serviço	Número de Serviços	Percentual
<b>População-alvo</b>		
Mulheres	283	98
Homens	266	91
Adolescentes sexo feminino	282	97
Adolescentes sexo masculino	261	90
Crianças	266	91
Número total de serviços	288	*
<b>Tipo de violência atendida</b>		
Somente violência doméstica	3	1
Somente violência sexual	35	12
Violência doméstica e sexual	250	87
Número total de serviços	288	100

\*Como as categorias não são excludentes, não se aplica o total dos percentuais.

**Tabela 2** – Distribuição de serviços de saúde que atendem situações de violência sexual, segundo procedimentos assistenciais informados para prevenção de DST e de gravidez, SUS, São Paulo, novembro 2010-maio 2011.

Procedimento assistencial	Número de Serviços	Percentual
Prescrevem quimioprofilaxia para DST (em geral)	158	54,9
Prescrevem quimioprofilaxia para Hepatite B	119	41,3
Dispensam medicamentos para profilaxia de DST (em geral) no próprio serviço	117	40,6
Dispensam medicamentos para profilaxia de Hepatite B no próprio serviço	85	29,5
Prescrevem Contracepção de Emergência	175	60,7
Dispensam medicamento para a Contracepção de Emergência no próprio serviço	135	46,9
TOTAL	288	*

\*Como as categorias não são excludentes, não se aplica o total dos percentuais.

Mesmo com essas dificuldades, os dados obtidos indicam um número maior de serviços do que o esperado e mostram o interesse de muitos profissionais de saúde em dar visibilidade às ações por eles desenvolvidas para enfrentar o problema e colocar seus recursos disponíveis para a população.

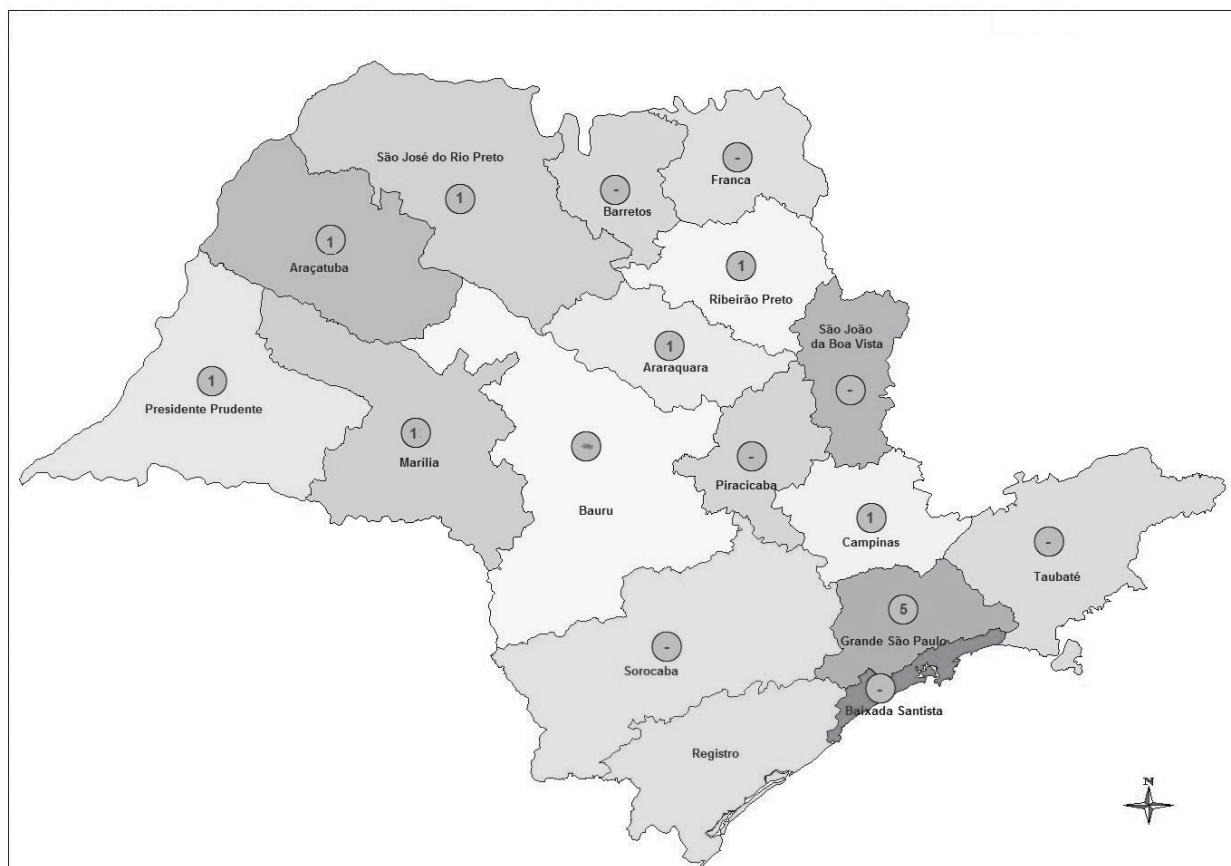
As informações evidenciam a distribuição heterogênea dos serviços no Estado, com regiões com poucos serviços e uma DRS que não chegou a cadastrar sequer um serviço, o que não significa afirmar que lá não exista nenhum serviço disponível. Porém, se ele existe, perde-se a possibilidade de torná-lo conhecido de um público maior e, conseqüentemente, ampliar as chances de uma mulher acessá-lo.

No que diz respeito à qualidade da atenção ofertada, há muito a melhorar. Além de acolher a mulher, é função intransferível do setor saúde tomar as medidas necessárias para prevenção de agravos decorrentes da violência, como a profilaxia das DSTs e a administração da contracepção de emergência em tempo hábil. Se boa parte dos serviços que prescrevem a quimioprofilaxia não dispensa os medicamentos, é necessário investigar se as usuárias e os usuários vêm tendo acesso a eles e se isso ocorre em tempo oportuno, o que, francamente, é difícil esperar. Estudo com 62 mulheres que receberam quimioprofilaxia para HIV mostrou que as mulheres demonstram interesse pelo tratamento e que a taxa de adesão é semelhante à observada em outras situações nas quais ela é oferecida<sup>6</sup>. Trata-se, portanto, de ofertar tal tratamento.

Os resultados também indicam que as barreiras para prover a contracepção de emergência ainda persistem, apesar de o levonorgestrel ser fornecido gratuitamente a todos os municípios pela SES/SP desde 2007 e pelo Ministério da Saúde, posteriormente. Se insumos não faltam, a não dispensação do anti-concepcional capaz de evitar que a mulher venha a engravidar após um estupro só pode resultar de imperdoável desorganização ou de inaceitável restrição ideológica. Este cenário se coaduna com aqueles revelados em estudos nos quais mulheres vítimas de estupro que tiveram alguma assistência à saúde relatam não ter recebido atenção adequada, sugerindo que mesmo profissionais capacitados para abordar o tema mantêm ideias que percorrem o senso comum, como a naturalização da violência sexual<sup>4,5,8</sup>.

A informação de que 91% dos serviços atendem homens é surpreendente. É muito difícil recordar alguma

**Figura 1** – Mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência – Número de serviços que realizam interrupção da gravidez prevista em Lei, segundo DRS, Estado de São Paulo, novembro 2010 - maio/2011.



menção à sua existência em encontros de profissionais atuantes no campo da atenção a pessoas vivendo em situação de violência. Ao contrário, é comum que se aponte a carência desse tipo de atendimento como uma lacuna a ser enfrentada.

Cabe, no entanto, refletir sobre o que significa informar à SES/SP que o serviço “atende” pessoas em situação de violência, o que constitui o principal limite deste trabalho. O mapeamento proposto pretendia identificar serviços que se organizaram para atender essas pessoas. Mas a verificação da ausência de provisão de ações que constituem o núcleo imprescindível da atenção à saúde nesses casos, em muitos informes, sugere que o que se está a dizer é que “não se nega” atendimento a tais pessoas; isto é, se algum(a) usuário(a) manifestar o problema, não será dispensado sem ser ouvido(a). Evidentemente, isso não é pouco. Porém, não é suficiente.

Talvez por isso, tantas unidades refiram atender homens. Ou seja, não se negam a atendê-los. Algumas po-

dem ter tido seus profissionais capacitados para compreender o problema da violência ou até para atender pessoas por ela afetadas. No entanto, a capacitação, na ausência de uma organização operacional para oferecer tal atendimento, o que inclui a definição de procedimentos, de papéis profissionais e a disponibilidade dos insumos necessários, não se transforma em efetiva prestação de serviço.

O número reduzido de serviços que realizam o aborto previsto em lei torna ainda mais clara a insuficiência do cuidado oferecido. As barreiras que tentam impedir o direito de escolha das mulheres que querem interromper a gravidez resultante de violência sexual têm dificultado a ampliação dos serviços, tornando inatingível a meta estabelecida no Plano Estadual de Saúde. Expandir esses serviços e levá-los para as diferentes regiões do interior do Estado continua a ser o principal desafio para gestores e profissionais de saúde comprometidos com a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos em São Paulo.

### Considerações finais

O mapeamento dos serviços que atendem pessoas em situação de violência, por um lado, é uma importante ferramenta de gestão, pois permite identificar unidades em diferentes etapas de constituição dessa atenção e torna possível a organização de redes que articulem os serviços já existentes, de forma complementar. Por outro lado, descortina os esforços de muitos profissionais de saúde para ouvir o problema em meio à ausência de medidas assistenciais que efetivamente possam evitar mais dano à integridade das mulheres. Na perspectiva dos direitos reprodutivos, a situação de violência cria enormes dificuldades para a mulher controlar sua vida reprodutiva, reduzindo a opção de métodos contraceptivos, já que se torna inviável o uso de métodos que dependem dos homens, como o condom. Essa situação eleva o risco de gravidez não desejada, além de expor a mulher a doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids. Nesse contexto, a atuação dos serviços de saúde pode evitar que tais eventos agravem ainda mais as consequências da violência sobre a mulher, uma vez que é pela porta da saúde que muitas mulheres buscam atenção e proteção.

De forma mais enfática, o mapeamento desenha territórios de resistência a essa proposta de cuidado. Nesses, as mulheres também não estão protegidas da ocorrência de violência e têm negado o direito ao cuidado, quando dela são vítimas. Essa mesma resistência, que é ideológica, faz com que mulheres residentes nas regiões da Baixada Santista, de Barretos, Bauru, Franca, Piracicaba, São João da Boa Vista, Registro, Sorocaba e Taubaté, caso venham a engravidar em decorrência de um estupro, tenham que pagar por um aborto legal, fazê-lo na clandestinidade ou viajar em busca de atenção. É preciso mudar essa situação.

### Referências

1. Bedone A, Faundes A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):465-469.
2. Blay E. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados*. 2003;17(49): 87-98.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3. ed. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno n. 6. Brasília; 2010.
4. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):31-39
5. Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):417-425.
6. Drezett J, Baldacini I, Nisida I, Nassif V, Nápoli PC. Estudo da Adesão à Quimioprofilaxia Anti-retroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimadas. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 1999;21(9):539-44.
7. Drezett J. Núcleo de Atenção Integral a Mulher em situação de violência sexual. Informativo de atividades – 2009. Centro Referência da Saúde da Mulher/Hospital Pérola Byington. São Paulo, 2009.
8. Faúndes A, Rosas CF, Bedone AJ, Orozco LT. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;28(2):126-35.
9. Grossi MP. Novas/Velhas violências contra a mulher. *Rev Estudos Feministas*. 1994;473-83
10. Kalckman S, Castro CM, Lago TG, Barros S. Atenção às mulheres vítimas de violência sexual: enfrentando o desafio. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2008;46:43-44.
11. Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):646-47.
12. ONU – Habitat. Estado de las ciudades de la America Latina y el Caribe 2012. Rumbo a una nueva transición urbana. ONU-Habitat, 2012. [acesso em: 23 outubro 2012]. Disponível em: [http://www.onuhabitat.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=859:onu-habitat-presenta-el-estado-de-las-ciudades-de-america-latina-y-el-caribe&catid=32:genero&Itemid=210](http://www.onuhabitat.org/index.php?option=com_content&view=article&id=859:onu-habitat-presenta-el-estado-de-las-ciudades-de-america-latina-y-el-caribe&catid=32:genero&Itemid=210).
13. Schraiber LB. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. São Paulo. 2007;41(3):359-67.
14. Souza RR, Mendes JDV, Portas S, Barros SM, Valin S. Plano Estadual de Saúde, 2008 – 2011. São Paulo; 2008.
15. United Nations. In-depth study on all forms of violence against women. Report of the Secretary-General. 2006. [acesso 14 novembro 2012]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/419/74/PDF/N0641974.pdf?OpenElement>.

# Contribuições para a superação da cultura de violência contra mulheres no interior do Rio Grande do Sul: relato de experiência

## Contributions to overcome the culture of violence against women in interior of Rio Grande do Sul: experience report

Maria Celeste Landerdahl<sup>I</sup>, Letícia Becker Vieira<sup>II</sup>, Laura Ferreira Cortes<sup>III</sup> e Rosana Vargas Fraga<sup>IV</sup>

### Resumo

O Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), desenvolve ações de atenção à saúde das mulheres que ultrapassam a dimensão biológica na medida em que considera as desigualdades de gênero, raça e etnia, dentre outros determinantes sociais da saúde, como fatores subjacentes à produção de violências. Com essa diretriz, temos desenvolvido ações de pesquisa, extensão e ativismo social, que vêm impactando a vida de mulheres/meninas/famílias de um município do Rio Grande do Sul e região, bem como estruturas de instâncias políticas. Elencamos algumas iniciativas que fazem parte do conjunto de atividades desenvolvidas desde 2009, quando as ações passaram a ser abrangentes e articuladas entre si, na busca pela visibilidade de questões que valorizem e destaquem temas como direito das mulheres/desigualdades de gênero/violência de gênero/políticas públicas para as mulheres/controle social/empoderamento, como forma de contribuir para mudanças culturais necessárias relacionadas a violências. Dentre estas, destaca-se a contribuição na elaboração de uma nova lei para o Conselho Municipal de Direitos das Mulheres de Santa Maria, com princípios que respeitem a representatividade, a autonomia, a laicidade e a democracia – características essenciais de instâncias de controle social. Vislumbra-se que, na vertente política e social, o núcleo vem contribuindo para mudanças na cultura da violência que impacta a saúde de indivíduos, famílias e comunidades.

**Palavras-chave:** Saúde das Mulheres, Violência contra as Mulheres, Empoderamento Feminino

### Abstract

The Center for Women's Studies, Gender, and Public Policy, Department of Nursing / UFSM, develops programs in health care for women that go beyond the biological dimension insofar as we consider the inequalities of gender, race and ethnicity, among other Social Determinants of health, that are underlying factors to the violence production. With this guidance, we have been developed researches, extension activities, and social activism, which have been impacting the women, girls, families lives in a city of RS and region as well as in structures of political bodies. We listed some initiatives that are part of the set of activities developed since 2009, when the activities were comprehensive and coordinated among themselves in order to both valorize and highlight issues such as women's rights, gender inequalities, gender violence, public policies for women, social control, empowerment as a contribution to cultural changes related violence. Among these, there is the contribution to the drafting of a new Law for the Municipal Council of Women's Rights in Santa Maria, whose principles respect the representation, autonomy, secularism, and democracy; essential characteristics of social control agencies. One sees that in the political and social aspects, the Center has been contributed to culture of violence changes that impacts the individuals, families, and communities health.

**Keywords:** Women's Health, Violence against Women, Women's Empowerment

<sup>I</sup> Maria Celeste Landerdahl (mclanderdahl@gmail.com) é enfermeira, doutoranda pelo DINTER UNIFESP/SP – UFSM/RS – UFRJ/RJ, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem UFSM/RS e líder do Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas – NEMGeP do Dep. Enfermagem – UFSM-RS.

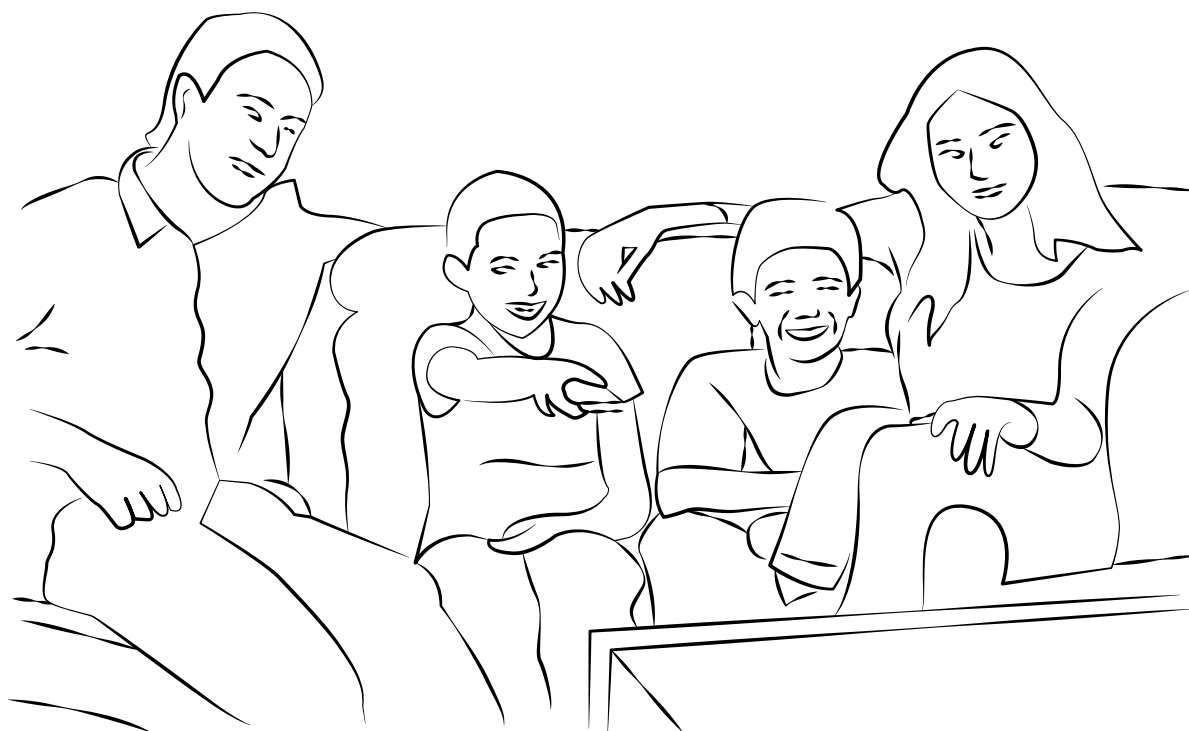
<sup>II</sup> Letícia Becker Vieira (lebvieira@hotmail.com), enfermeira, especialista em Gênero e Sexualidade IMS/UERJ, mestre em Enfermagem, doutoranda na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro – EEAN – UFRJ/RJ. Bolsista CNPq, membro do Núcleo de pesquisa de Saúde

da Mulher NUPESM-EEAN/UFRJ, bolsista CNPq, Vice-líder do NEMGeP – UFSM/RS e membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade-PEFAS – UFSM-RS.

<sup>III</sup> Laura Ferreira Cortes (lferreiracortes@gmail.com), enfermeira, especialista pela Residência Multiprofissional – UFSM/RS, mestranda pelo PPGEnf – UFSM/RS e membro do NEMGeP UFSM/RS e do PEFAS UFSM/RS.

<sup>IV</sup> Rosana Vargas Fraga (rosannavargas1207@hotmail.com), assistente Social, mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria e membro do NEMGeP UFSM/RS.





## Introdução

### O contexto como fator de motivação

Os determinantes sociais da saúde (DSS), entendidos como fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais, são reconhecidos como elementos que influenciam na ocorrência de problemas de saúde da população<sup>2</sup>. Nesta ótica, percebe-se a ampliação do conceito de saúde, posto que agrega condicionantes que até então não eram considerados na análise do panorama sanitário brasileiro, os quais exigem adequações ou elaboração de políticas públicas que se alinhem a uma nova compreensão do que seja saúde.

No que tange à saúde das mulheres no país, destacam-se iniciativas políticas que pretendem superar a abordagem estritamente biológica e com foco nas funções reprodutivas, incorporando as desigualdades de gênero, dentre outras, como importante determinante social da saúde. Tal posicionamento está balizado na compreensão de que comportamentos de homens e mulheres, alicerçados em padrões hegemônicos de feminilidade e masculinidade, são geradores de sofrimento, adoecimento e morte<sup>16</sup>. Entendemos “gênero” a partir de elementos que integram relações sociais entre mulheres e homens, tendo um caráter histórico e cultural que marca e delimita o corpo de cada sujeito e seu campo de atuação. Assim, as relações de gênero dão suporte à elaboração de normas e suas formas de apli-

cação. Sua construção, manutenção e reprodução são sustentadas por meio de símbolos, normas e instituições, que definem modelos de ser homem e ser mulher, bem como padrões de comportamento para ambos<sup>18</sup>.

A violência contra as mulheres é um dos principais indicadores de discriminação de gênero, constituindo um grave problema de saúde pública e violação aos direitos humanos. Para enfrentar essa realidade, instrumentos políticos internacionais de fomento à cidadania das mulheres vêm sendo elaborados, de modo a qualificar a experiência participativa das mulheres e a sua influência na formulação de agendas públicas voltadas à equidade de gênero. Assim, o Brasil, dentre outros países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificou convenções, protocolos e planos de ação originados em eventos internacionais relacionados aos direitos das mulheres, com destaque para o enfrentamento da violência. Esse movimento integra a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher-Cedaw (1979), a Declaração de Viena (1993), a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993), a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher-“Convenção de Belém do Pará” (1994), a Declaração de Beijing (1995), por exemplo<sup>14</sup>.

Destaca-se que a “Convenção de Belém do Pará”, realizada no Brasil, discutiu as questões da violência con-

tra a mulher, apontando-a como violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais. Reiterou ainda que o exercício dessa violência limita total ou parcialmente a mulher e retira-lhe o exercício dos direitos de cidadania e de liberdades. A Convenção foi um marco importante nessa área, tornando públicos e notórios alguns termos sobre o assunto<sup>4</sup>. Nesse cenário, destacam-se os movimentos feministas como impulsionadores de discussões, conquistas e enfrentamento da violência contra as mulheres<sup>1,3</sup>, contribuindo para o alinhamento do Estado brasileiro aos acordos e recomendações internacionais.

Na área da saúde, algumas respostas se apresentaram com a inauguração do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Esse programa pretendia romper com a visão reducionista das mulheres, abordadas somente na sua fase reprodutiva e centrada no período gravídico-puerperal. O PAISM, no lastro do Movimento Sanitário à época, incorporou princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles a universalidade, a equidade e a integralidade, recomendando abordar a mulher desde a adolescência até a velhice como um ser inteiro, superando, portanto, a visão materno-infantil<sup>13</sup>. Além disso, despertou a atenção para a conquista da saúde das mulheres como uma questão de direito, em consonância com a concepção de saúde assegurada mais tarde na Constituição Federal de 1988. Embora o PAISM tenha representado um marco na filosofia de assistência às mulheres, suas premissas nunca foram totalmente implementadas no Brasil. Essa trajetória, todavia, tem possibilitado avanços importantes e vem trilhando caminhos na direção da conquista dos direitos sexuais e reprodutivos. Com esse antecedente, vinte anos depois, o Ministério da Saúde amplia sua proposta e elabora a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>11</sup>, que incorpora, na perspectiva de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, bem como o combate à violência de gênero, dentre outros princípios e ações.

Nessa trajetória de conquistas, dispõe-se desde 2006 de um instrumento legal para prevenção e enfrentamento da violência e proteção da mulher: a lei n. 11.340 – Maria da Penha. Esta lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, configurando-se como um importante marco de efetivação da política para esse público<sup>9</sup>.

No ano de 2008, foi elaborada a Política Nacional de

Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, estruturada com base no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Esse documento tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional<sup>15</sup>.

Tal cenário representa um desafio para toda a sociedade no que se refere à efetiva implementação dessas iniciativas e também para a formação de profissionais da área da saúde, pois significa a superação de uma cultura apoiada em preconceitos e discriminações que as mulheres vêm sofrendo ao longo da história. Implica perceber outros condicionantes presentes para o bem-estar e a saúde das mulheres e, a partir daí, realizar intervenções condizentes com sua realidade. A enfermagem, como prática que se envolve com questões políticas e sociais, deve se engajar nesse movimento como forma de contribuir para a efetivação das transformações necessárias que contemplem demandas das mulheres e consolidem o conceito ampliado de saúde<sup>8</sup>. Nessa perspectiva, o Núcleo de Estudos Mulheres, Gênero e Políticas Públicas (NEMGeP), do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, vem trabalhando com a finalidade de que as conquistas e os desafios se configurem como possibilidades de transformação. Para tanto, desenvolvemos ações de atenção à saúde das mulheres para além da dimensão biológica, na medida em que consideramos as desigualdades de gênero, de raça e de etnia, juntamente com outros marcadores sociais, como precursores de violências. As iniciativas vêm impactando a vida de mulheres/meninas/famílias do município de Santa Maria (Rio Grande do Sul) e região. A origem dessas ações é oriunda da experiência de sua coordenadora, desde o ano de 1993, em uma Unidade Básica de Saúde de Santa Maria, onde desenvolve atividades docentes, cujo foco são as mulheres, da adolescência até a velhice, com ações de educação em saúde e cidadania sintonizadas com diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Cabe destacar que, em 2012, o NEMGeP/UFSM recebeu o 1º Prêmio Boas Práticas no Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, da Campanha Ponto Final na Violência Contra as Mulheres-América Latina e Caribe,



promovido pela Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Coletivo Feminino Plural e Fórum Municipal da Mulher de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Esse prêmio, ao mesmo tempo que simboliza o reconhecimento de nosso trabalho no âmbito dos direitos das mulheres, nos convida a socializar algumas iniciativas que mais se destacam no conjunto de ações desenvolvidas desde 2009. Este relato, portanto, abarca respostas voltadas à sociedade civil e também ao setor saúde no enfrentamento da violência contra as mulheres, como forma de estimular outros sujeitos/grupos a se engajarem em iniciativas que visem à superação de violências, em especial a violência contra as mulheres.

### **Nossas ações como possibilidade de superação da cultura de violência contra mulheres**

A academia tem o papel de produzir e disseminar conhecimentos considerando os avanços das políticas públicas no Brasil, em especial as dirigidas às mulheres, podendo fazê-lo na medida em que cria espaços para debates e aprendizado que deve preparar, também, para o embate político e a intervenção social. Nessa linha trabalhamos, por meio de atividades de pesquisa, ensino e assistência alinhadas à extensão universitária e ao ativismo social. Apresentaremos, objetivamente, algumas iniciativas que fazem parte do conjunto de ações já desenvolvidas e em desenvolvimento pelo NEMGeP. Estas passaram, desde 2009, a ser mais abrangentes e articuladas entre si como forma de contribuir para o debate sobre direitos das mulheres e a implementação de iniciativas políticas, em nível local e regional. Acreditamos que tais temáticas estão nos alicerces das desigualdades que causam a violência doméstica, a violência ocorrida na comunidade e a violência institucional.

### **Programa de Extensão Universitária Mulheres Conquistando Cidadania – Proext 2009 – Edital n. 06 – MEC/Sesu**

Implementado em 2010, seu principal objetivo foi contribuir para a efetivação do Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, tendo como foco o eixo “autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social”.

O programa desenvolveu três ações integradas: 1) curso profissionalizante na área da construção civil, dirigido a

sessenta mulheres; 2) diálogo em espaços públicos sobre políticas públicas para mulheres; e 3) aglutinação das ações por meio de produção científica. O curso foi ministrado em dois eixos: o técnico e o político. O eixo técnico foi desenvolvido pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), com setenta horas. O segundo eixo, com trinta horas, foi implementado pelo NEMGeP, por meio de oficinas coordenadas por docentes e pós-graduandos do Departamento de Enfermagem da UFSM, com rodas de conversas e dinâmicas interativas que permitiram discutir temas como: saúde, gênero e empoderamento; direitos humanos/direitos das mulheres; políticas públicas para as mulheres; HIV/Aids e violência; direitos sexuais e reprodutivos; planejamento reprodutivo, documentação para o trabalho, dentre outros. Por meio dessa iniciativa, foram qualificadas 38 mulheres, gerando autonomia financeira e melhor qualidade de vida para suas famílias. Algumas estão trabalhando em empresas e outras de forma autônoma.

No término do programa, realizou-se uma pesquisa cujo objetivo foi conhecer a percepção das mulheres sobre sua participação no Programa de Extensão Mulheres Conquistando Cidadania. O estudo apontou o despertar das mulheres visando a um processo de empoderamento. Na medida em que o programa impactou positivamente o cotidiano das participantes, as marcas deixadas dizem respeito a algumas transformações na sua vida e saúde oriundas da elevação da autoestima, da valorização e percepção de si como ser humano que tem direitos e que pode enfrentar o instituído.

Como profissionais em constante formação e como mulheres, o programa ampliou a visão acerca do contexto sociocultural das participantes e da amplitude do campo de atuação em saúde, uma vez que, comprometidas com as demandas sociais e de saúde, reforçamos a possibilidade de atuar visando à igualdade de gênero e à integralidade do cuidado. No âmbito do ensino, esta pesquisa nos permite sugerir que profissionais da área da saúde, em especial os da enfermagem, dirijam um olhar mais atento às demandas ditas e não ditas pelas mulheres. Subsídios teóricos e práticos têm possibilitado ao acadêmico rever conceitos, princípios e valores que devem estar alinhados a pressupostos éticos e políticos, bem como ao compromisso com o modelo de saúde em construção no Brasil. No entanto, no âmbito da assistência, faz-se necessário que as usuárias se reconheçam como sujeitos com direitos, oportunidades,

responsabilidades e competências na busca por autonomia nos vários aspectos de sua vida e saúde<sup>7</sup>.

### **Curso de Aperfeiçoamento Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (GPP-GeR)**

Este curso foi promovido pela Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (Secadi/MEC), juntamente com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), ONU Mulheres (entidade das Nações Unidas para a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CLAM/IMS/Uerj). Foi operacionalizado pelo NEMGeP no período de 2010 a 2012 e teve como objetivo contribuir para a formação de sujeitos aptos a atuarem no processo de elaboração, aplicação, monitoramento e avaliação de projetos e ações, de forma a assegurar a transversalidade e a intersectorialidade de gênero e raça nas políticas públicas. Dirigiu-se a servidores(as) dos três níveis da administração pública – gestores(as) das áreas de educação, saúde, trabalho, segurança e planejamento; integrantes dos Conselhos de Direitos da Mulher; de Fóruns Intergovernamentais de Promoção da Igualdade Racial; dos Conselhos de Educação; ativistas sociais e dirigentes de organismos não governamentais ligados à temática de gênero e da igualdade étnico-racial.

Com o apoio da Universidade Aberta do Brasil (UAB), o curso foi desenvolvido em cinco módulos, com carga horária de trezentas horas, na modalidade de educação a distância (EAD), cuja proposta é utilizar as tecnologias de informação e comunicação (TICs). Foi ofertado para seis municípios do Rio Grande do Sul: Cachoeira do Sul, Restinga Seca, Santana do Livramento, São João do Polêsine, Sobradinho e Três de Maio. Contou com cinco encontros presenciais e o uso de ambientes virtuais de aprendizagem via plataforma Moodle.

Os conteúdos dos cinco módulos foram impressos em forma de apostilas e disponibilizados na plataforma Moodle. Elaborados sob responsabilidade do CLAM, consistiam em: Módulo I – Políticas Públicas e Promoção da Igualdade; Módulo II – Gestão Pública e Gênero; Módulo III – Gestão Pública e Raça; Módulo IV

– Estado e Sociedade; e Módulo V – A Transversalidade de Gênero e Raça na Gestão Pública.

A proposta pedagógica esteve alinhada a pressupostos da educação transformadora<sup>5,6</sup>, que estimula e considera a autonomia do sujeito no processo educativo. Dessa forma, o aprendizado se efetivou na caminhada coletiva, em que as pessoas envolvidas contribuíram na construção de conhecimentos críticos a fim de desafiar o instituído, por meio da gestão de políticas públicas que considerem as desigualdades de gênero e raça.

Sete docentes e 14 tutoras contribuíram na formação de 147 agentes sociais. A experiência foi desafiadora e ao mesmo tempo gratificante. As relações dialógicas tecidas no curso propiciaram a análise crítica das desigualdades sociais, assinalando a responsabilidade do coletivo e de cada participante em transformar a realidade das mulheres. Considerando a temática complexa apresentada pelo GPP-GeR, pensamos que foi possível iniciar um processo de sensibilização dos envolvidos a respeito da importância de se implementarem políticas públicas de forma ampliada, nas quais as desigualdades sejam consideradas.

Reitera-se que as transformações geralmente não acontecem a curto prazo, mas com a socialização de conhecimentos, as(os) cursistas estarão contribuindo para a superação de iniquidades nos lugares onde vivem, trabalham e se relacionam. É a trajetória possível de ser feita na mudança cultural que se quer principalmente acerca do tema violência contra as mulheres. O acompanhamento pós-curso indica que muitos estudantes já estão aplicando o conhecimento adquirido nos seus trabalhos, bem como na vida pessoal.

### **Ativismo social: a busca por uma nova lei para o Conselho Municipal de Direitos das Mulheres de Santa Maria (CMDM)**

Enfrentamentos importantes possibilitaram uma conquista para as mulheres do município de Santa Maria: a elaboração de uma nova lei para o CMDM. Esta lei, de número 5.548, aprovada em novembro de 2011, foi resultado de embates do NEMGeP, na luta por uma instância de controle social em defesa das mulheres que fosse autônoma, democrática, representativa, laica e, principalmente, operativa. Entende-se o controle social como um direito de cidadania no qual os sujeitos exercem seu papel na elaboração, na fiscalização, no



acompanhamento e na avaliação de políticas públicas. Tem como base a democracia, sendo exercida com a participação popular nos espaços dos conselhos e das conferências nas três esferas de governo, assim como em audiências públicas. Nesses espaços, as pessoas podem desempenhar seu poder de maneira indireta, mediante representantes eleitos; ou diretamente, por meio de plebiscitos, referendos, projetos e ações de iniciativa popular.

Observa-se, no entanto, que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude, em razão da falta de informação e existência de interesses múltiplos que impedem o exercício democrático na busca por direitos da população<sup>17</sup>. Isso justifica alguns impasses enfrentados na implementação dessa nova lei – impasses esses que vêm exigindo a união de forças entre várias entidades que desejam assento no CMDM e que, portanto, apoiam a nova lei, juntamente com o Poder Judiciário, de forma a colocar a lei acima de interesses políticos e vaidades pessoais. Sabemos que essa lei simboliza uma vitória no campo político, mas não assegura de imediato a efetivação do controle social, uma vez que este só poderá ocorrer no momento em que as representações compreenderem seu papel em instâncias de participação da comunidade. Assim, entendemos que o trabalho deverá continuar por meio de capacitações que qualifiquem seus integrantes para o embate político caracterizado pelo jogo de forças que se dá no nível das decisões governamentais em torno de políticas para as mulheres no município.

### **Projeto de Extensão na Rádio Universidade/UFSM – Espaço NEMGeP no Rádio: a saúde das mulheres para além do biológico**

Este projeto tem como objetivo abordar a saúde das mulheres para além da dimensão biológica. As temáticas trazidas para o programa se relacionam à promoção da saúde e prevenção de doenças por meio do enfoque nos direitos das mulheres, nas políticas públicas para as mulheres, na violência, nos direitos sexuais e reprodutivos, dentre outros temas, com informações sobre os serviços de atendimento às mulheres no município. É realizado quinzenalmente por integrantes do NEMGeP, na Rádio Universidade da UFSM. Em alguns programas, contamos com convidadas(os) para serem entrevistadas(os), quando se dá voz a profissionais, mestrandos, docentes, alunos e comunidade em geral

que tenham alguma relação e experiência com a temática saúde das mulheres.

Ao divulgarmos dados específicos da saúde em uma rádio universitária, por meio de linguagem simples e de fácil compreensão, criamos um espaço democrático para discutir os vários contextos de vida e saúde das mulheres e, dessa forma, contribuir para a sensibilização da comunidade acadêmica e em geral, sobre a realidade social na qual as mulheres e os homens em toda a sua diversidade estão inseridos. Nesse sentido, o programa tem promovido a participação de alunas de graduação, pós-graduação e profissionais de diversas áreas, a partir do envolvimento com leituras, debates e ações permeadas pela ética e pelo compromisso social. Um programa de rádio de uma universidade, no contexto atual, de maior liberdade na circulação de ideias e informações, em especial em rádios vinculadas a instituições públicas de ensino superior, continua sendo veículo privilegiado de divulgação científica, agora também como espaço possível de interlocução entre o que é produzido na academia e outras formas de conhecimento socialmente partilhado<sup>12</sup>.

### **Campanhas e eventos anuais**

*Dia Internacional da Mulher* – com ações próprias do NEMGeP e participação em eventos municipais, o foco principal é alertar a população para o 8 de março como dia de luta e conscientização das mulheres sobre seus direitos, e não como uma data comemorativa. Problematisa-se a data por meio da publicação de artigos em jornais; abordagens em via pública, com entrega de material educativo; e também com a participação em eventos como a Semana Municipal da Mulher e outros debates que se apresentam no município e na região. As atividades referentes a essa data são importantes como experiência acadêmica e profissional na promoção de direitos das mulheres, uma vez que proporcionam maior conhecimento acerca de questões relacionadas ao contexto histórico e social das mulheres.

Participamos, também, da Campanha Internacional 16 Dias de Ativismo pelo Fim da Violência contra as Mulheres. No mesmo formato do 8 de março aborda-se este evento, com foco maior no dia 25 de novembro – Dia da Não Violência contra a Mulher. Esta campanha, em suas várias edições no Brasil, ampliou a difusão pública da temática da violência contra as mulheres, com a realização de eventos públicos sobre o tema.



Alguns deles contribuíram para a legitimidade social e a criação de novos mecanismos legais de enfrentamento do problema, como a Lei Maria da Penha<sup>9</sup>. No ano de 2011, participamos da 1ª Marcha de Não Violência contra as Mulheres de Santa Maria, um momento histórico, com um grande público de mulheres e homens. No ano seguinte, participamos da 2ª Marcha, feita em parceria com a 1ª Marcha de Luta contra a Aids, no dia 1º de dezembro de 2012. Estas duas marchas integraram a 1ª e a 2ª Semanas Municipais de Não Violência contra as Mulheres, que o NEMGeP tem ajudado a programar.

Movimentos dessa natureza, na medida em que dão visibilidade às lutas das mulheres, estimulam reflexões sobre o tema e sobre a necessidade de desnaturalização de comportamentos violentos e discriminatórios contra as mulheres. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer a fim de enfrentar esse tipo de violência. É necessário, dentre outras iniciativas, que as temáticas relacionadas às questões de gênero sejam abordadas desde o ensino infantil, culminando, como tema transversal, em todos os cursos superiores.

### Considerações finais

O conjunto das ações destacadas em nível municipal e regional têm sido com certeza desafiador, inovador e mobilizador. Na medida em que essas ações têm dado visibilidade ao movimento contra o estabelecido, que entendemos como uma cultura que reforça a desvalorização e promove desigualdades de gênero, têm permitido questionamentos de instâncias da gestão pública por não operarem na esteira de políticas públicas que contemplem as necessidades das mulheres. Principalmente, vem sendo um desafio ir para as ruas, expor essas lutas à população, que, muitas vezes, parece não dispor de entendimento das reais intenções dessas manifestações, pelo fato de que, na prática, os direitos das mulheres ainda não são efetivados como direitos humanos. Tem sido desafiador discutir com o poder público a necessidade de implementar serviços recomendados pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, como o Centro de Referência para a Mulher e, principalmente, a Rede de Atenção às Mulheres que Sofrem Violência. Estamos atentas também à Coordenadoria Municipal de Políticas Públicas para as Mulheres, a fim de que esta seja operativa, qualificada e comprometida com as demandas das mulheres.

Acreditamos na contribuição do NEMGeP para que uma outra história possa ser escrita para e com as mulheres, de forma que as estratégias utilizadas possam contribuir para discussões que coloquem o município e região alinhados com recomendações do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, SPM, Seppir, ONU Mulher, dentre outras instâncias políticas que lutam pelos direitos das mulheres, estando nesse grande bojo a não violência de gênero. Para isso, procuramos a integração com serviços e instituições que trabalham com mulheres, como é o caso da Delegacia para a Mulher, o Hospital Universitário de Santa Maria, a Casa de Passagem e coletivos feministas que vêm aos poucos aflorando em Santa Maria. Com isso, e contando com um Conselho de Direitos qualificado, esperamos continuar fazendo frente às questões de violência contra as mulheres no município.



a violência contra a mulher-AGENDE. Dez anos da adoção da Convenção de Belém do Pará. *AGENDE Informativo* maio 2004; 5(7): 4.

### Referências

1. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(3):591-5.
2. Buss PM, Filho AP. A Saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
3. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. *Rev Latino-Am Enferm* 2006; 14(6): 950-56.
4. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher-AGENDE. Dez anos da adoção da Convenção de Belém do Pará. *AGENDE Informativo* maio 2004; 5(7): 4.
5. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
6. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 36.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003.
7. Landerdahl MC, Vieira LB, Cortes LF, Padoin SMM. Processo de empoderamento feminino mediado pela qualificação para o trabalho na construção civil. *Esc Anna Nery* 2013; 17(2):306 - 312.
8. Landerdahl MC, Vieira LB, Pimenta LF, Fraga RV, Hentges KJ, Moraes MR. Contribuições de um núcleo de estudos na consolidação de políticas públicas para as mulheres. *R. Enferm. UFSM* 2011 Jan/Abr;1(1):71-79.
9. Lei Maria da Penha. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006.
10. Maciel DA. Ação coletiva, mobilização do direito e instituições políticas. O caso da Campanha da Lei Maria da Penha. *RBCS* 2011; 26(77): 97-111.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2007.
12. Nascimento ARA, Ribeiro ID, Mello IFL, Guimarães LE, Mariano LI. Divulgando a psicologia no rádio: relato de uma experiência. *Psicologia: ciência e profissão* 2011; 31(4): 880-91.
13. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* 1998; 14(Supl. 1):25-32.
14. Prá JR, Epping L. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. *Estudos Feministas* 2012; 20(1): 33-51.
15. Presidência da República (BR), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008.
16. Presidência da República (BR), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF): Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008.
17. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate* 2013; 37 (96):139-147.
18. Scott J. Gênero: Uma categoria útil para análise histórica, 1989. Disponível em: [http://disciplinas.stoa.usp.br/plugin-file.php/6393/mod\\_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/plugin-file.php/6393/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf). Acesso em: 03 de julho de 2013

# Problematizações acerca da naturalização da violência contra a mulher

## Problematizations about the naturalization of violence against women

Maria Clara de Mello Andrade<sup>1</sup>

### Resumo

O presente trabalho apresenta a proposta de problematização acerca da maneira como vêm sendo conduzidos os atendimentos de violência contra a mulher por profissionais da saúde e demais serviços públicos. Considerando que esse tipo de violência parece estar relacionado aos modos de subjetivação baseados em categorias de gênero, sendo padronizadas as formas de ser homem e mulher, percebe-se que a psicologia pode advir como instrumento de desnaturalização/despsicologização, ampliando a questão para o social e não a reduzindo a um problema individual, da mulher. Pretende-se, a partir de uma aposta ético-política, utilizando os conceitos de biopoder e governamentalidade, proposto por Michel Foucault, (re)pensar tais práticas para a construção de novas ferramentas para o enfrentamento desse tipo de violência.

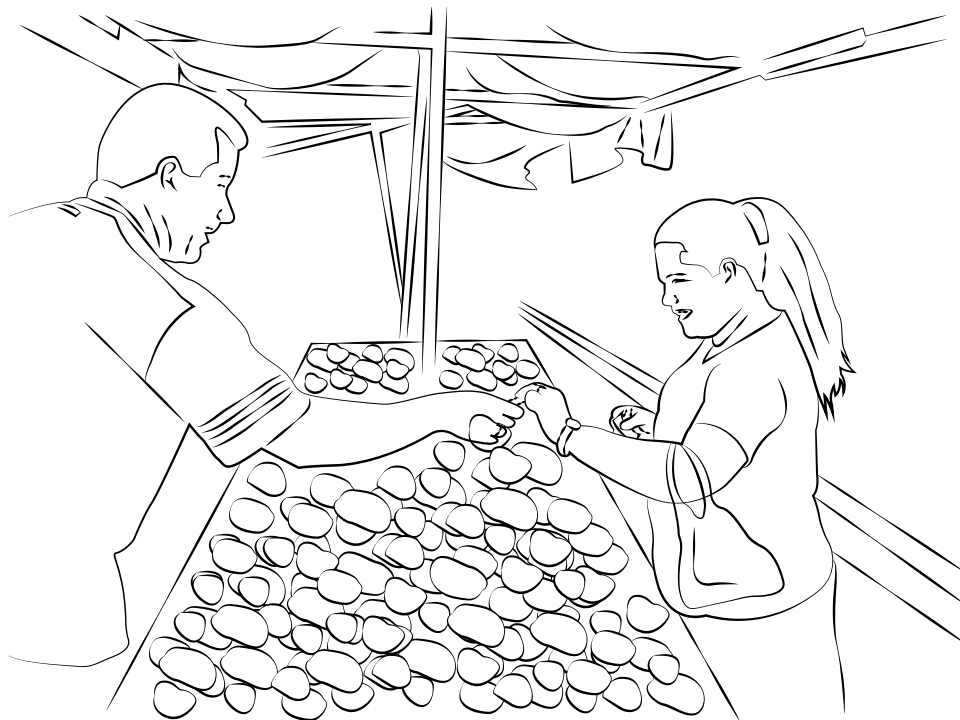
**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher, Psicologia, Políticas Públicas

### Abstract

This paper presents a proposal for questioning regarding the way the calls are being conducted of violence against women by health professionals and other public services. Whereas this type of violence seems to be related to the modes of subjectivity based on gender categories, with standardized forms to be man and wife, you realize that psychology can come as an instrument of denaturalization/despsicologização, broadening the issue to the social and not reducing it as woman's individual problem. It is intended, from an ethical-political commitment, using the concepts of biopower and governmentality, proposed by Michel Foucault, (re) consider such practices to build new tools to deal with this type of violence.

**Palavras-chave:** Violence against Women, Psychology, Public Policy

<sup>1</sup>Maria Clara de Mello Andrade (mariamelloandrade@hotmail.com) é psicóloga, mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e bolsista CAPES.



**E**ste trabalho propõe problematizar a naturalização de casos de violência contra a mulher, no cotidiano das práticas profissionais, a partir da experiência como psicóloga integrante de equipes multidisciplinares em serviços de saúde e assistência social no interior do Rio de Janeiro – Hospital Universitário Sul Fluminense (HUSF), situado na cidade de Vassouras – e equipamentos de referência da política de assistência social do município de Mendes – Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS).

A perspectiva de naturalização aqui referida é baseada na proposta de Benevides<sup>4</sup>. A autora trabalha com o conceito de desnaturalização, tarefa de análise da constituição de categorias ditas científicas ou provindas da racionalização de funcionamento a partir de uma natureza prévia. Naturalizar pode ser entendido como tomar simplesmente o que é apresentado como verdade absoluta sem qualquer forma de problematização. Segundo a autora:

Desnaturalizar, tarefa a que nos propomos a fazer com relação ao objeto-grupo, é tentar ver historicamente como se produziram determinados efeitos de verdade nos discursos e nas práticas, efeitos estes que não são, em si, nem verdadeiros, nem falsos (p. 42).

De julho de 2008 a janeiro de 2013, o Serviço de Psicologia acompanhou pacientes em todos os setores de internação do hospital supracitado. Este atende a maior parte da demanda do Sistema Único de Saúde, provinda da própria cidade e de municípios vizinhos conveniados por parcerias entre suas Secretarias de Saúde.

Por meio dos atendimentos feitos nas enfermarias de clínica cirúrgica, foi percebido que os homens eram internados por questões diversas, havendo destaque para acidentes motociclísticos. As mulheres frequentemente se encontravam em tal condição em consequência de acidentes, hérnias, complicações ginecológicas e por acometimento de outras patologias. Porém, em número menor, também eram hospitalizadas por agressões severas perpetradas por seus companheiros. Tais agressões, em alguns casos, foram tão graves que levaram as pacientes à morte (queimaduras muito intensas e mutilações, por exemplo).

Nesses casos de violência contra a mulher, os outros profissionais de saúde solicitaram ao serviço de psicologia acolhimento das pacientes. Na maior parte dos casos, era relatado um cotidiano de sofrimento conjugal e pouca resolutividade diante das queixas apresentadas aos diversos serviços públicos de saúde, assistência social etc. As mulheres referiam a percepção de uma descredibilidade de seus discursos pelos profissionais das

delegacias para a realização de boletins de ocorrência contra seus companheiros e falta de tomada de medidas protetivas, inclusive as previstas pela Lei de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Lei Maria da Penha, n. 11.340/6,<sup>2</sup> implantada no Brasil em 7 de agosto de 2006.

Na política de assistência social do município de Mendes, a atuação profissional ocorreu no CRAS e no CREAS de janeiro de 2010 a julho de 2011, ambos equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que sustentam como objetivo principal a proteção e a garantia de direitos do cidadão.

Nesse novo contexto, mulheres foram acompanhadas pelos profissionais em seu cotidiano, parecendo mais destacada a naturalização da violência. As mulheres agredidas por seus companheiros, pais ou irmãos, frequentemente buscavam auxílio nas políticas públicas, solicitando boletins de ocorrência ou providências visando a sua proteção. Porém, depois de muitas vezes sem respostas a tais solicitações, elas pareciam convencidas de que suas queixas não eram dignas de acolhimento, resguardando-se em seus lares.

A partir da análise dos campos mencionados, é possível identificar que ocorre, de fato, nesses contextos, uma interpretação baseada em figuras naturalizadas, categorias binárias, que associam o homem à razão, à função de provedor, e a mulher à emoção e submissão. Segundo as usuárias atendidas, a mulher prestadora da queixa é categorizada pelos profissionais, muitas vezes, como doente mental, tachada de “histérica”, “louca”, por descrença em seu discurso, que parece se fundamentar, apenas, na suposição de que a queixa será retirada ou de que essa mulher não está interessada de fato em sair da situação de violência.

De acordo com Butler<sup>5</sup>, os gêneros são identidades construídas sutilmente no tempo e instituídas por uma repetição “estilizada de atos”. Assim, o corpo é uma forma de – por meio da dramatização – reproduzir uma situação histórica. Porém, apesar da possibilidade de subversão a partir de seu caráter performativo, as formas vigentes de ser homem, ou ser mulher, são encaradas em termos de reconhecimento humano das pessoas – para ser humano, precisa-se ser homem ou mulher, ou qualquer outro “gênero” categorizado/inteligível pela cultura.

A percepção do manejo de como são conduzidos os casos relacionados à violência contra a mulher nos equi-

pamentos supracitados – e de como essas demandas são acompanhadas de forma banalizada pelas políticas que, a priori, têm o objetivo de acolhê-las – faz irromper questionamentos acerca do papel de tais instituições. A dificuldade de acesso a essas políticas parece ressignificar as demandas apresentadas pelas mulheres violentadas que, muitas vezes, diante do não acolhimento de suas queixas, se negam a solicitar os serviços, alegando não desejarem maior exposição de suas questões mais íntimas.

Costa<sup>6</sup> relata que, no Brasil, mesmo antes da independência, o contrato conjugal era realizado como um intercâmbio de riquezas. Cabia ao futuro marido, e agora novo curador da mulher, a obtenção do dote, parte dos bens oferecidos pela família de origem da noiva, sendo essa cláusula um requisito indispensável à efetivação do casamento.

De acordo com o autor<sup>6</sup>, no século XIX, as práticas médico-higiênicas, normalizadoras e disciplinares, se estabelecem nas famílias burguesas brasileiras. Novos papéis sociais do homem e da mulher são regulamentados dentro da instituição do casamento. A medicina fixou, pelo contexto afetivo, características supostamente típicas de cada gênero e apresentou-as como imperativos da natureza. As particularidades destacadas fundamentavam elementos de diferenciação entre homens e mulheres como referência para construção dos modelos de conduta social masculina e feminina. A mulher era dita como provida de natureza mais frágil e inferior ao homem, e este, por sua vez, era definido pelo vigor físico e intelectual.

Subordinada a uma tutela, ocupando um lugar de objeto passível de troca e manipulação de interesses, a mulher passar a ser compreendida como se tivesse uma natureza definida. Havendo um padrão de comportamento a seguir, corre o risco de esta ser criminalizada ou diagnosticada, caso não corresponda ao que se entende por normalidade.

Conforme destaca Paoli<sup>13</sup>, em 1822, no Brasil, é construída uma ordem jurídica nacional. O Império e posteriormente o Estado Republicano emergem contendo elementos da formação colonial anterior. O estatuto político se assentou em forma patrimonialista, organizado administrativamente em instituições monárquicas. Porém, tal ordenação jurídica era composta também por leis modernizantes e liberais, sendo o exercício restrito, dada a existência do fundamento escravo de produção.

É no espaço ocupado por esse senhor de escravos e de terras que se define a ordem vigente, como reconhecimento legal e como parâmetro único de moralidade. É a sua forma de organização familiar que se legitima como normal e dominante, mesmo que haja outros modos de se organizar a vida familiar. É a sua educação, seus valores, seus negócios, seu trânsito, que preenche a moral que se vai legitimando como fundamento legal do poder, sufocando e escondendo outros modos de ser coletivos<sup>13</sup> (p. 76).

A mulher, nesse contexto, era tida como subalterna e secundária diante do forte parâmetro dado pelo “senhor cidadão”. A autora retrata a imagem da “senhora”. Interiorizada à casa da fazenda, tinha sua reclusão calcada no ócio, no abandono pessoal e em seu papel de gerar herdeiros para o patrimônio. As “mulheres de classe baixa”, em razão das dificuldades econômicas, traziam uma possibilidade um pouco maior de expressão, por não raramente adquirirem uma profissão, mesmo que também subalternas (engomadeiras, costureiras etc.). As famílias pobres se constituíam por laços afetivos, visto que o casamento dispndia muito dinheiro, resultando em padrões de moralidade mais flexíveis. Por fim, é retratada também a mulher escrava, aproveitada frequentemente para fins sexuais, privada do convívio dos filhos e encarregada para grande força de trabalho<sup>13</sup>.

Beauvoir<sup>3</sup> afirma que a participação da mulher no trabalho produtor, uma das consequências da Revolução Industrial, faz com que as reivindicações feministas encontrem bases econômicas. Porém, com o abalo dos “bens de raiz”, a burguesia enxerga na solidez da família a garantia pela propriedade privada. Os homens exigem a presença das mulheres nos lares, e a emancipação feminina torna-se uma verdadeira ameaça. A autora aponta para racionalizações dos antifeministas: *A fim de provar a inferioridade da mulher, os antifeministas apelaram não somente para religião, a filosofia e a teologia, como no passado, mas ainda para ciência, biologia, psicologia experimental, etc.*<sup>3</sup> (p. 17).

Moraes<sup>11</sup>, em estudo sobre questões que norteiam a psicologia no século XX, destaca que este saber surge para resolver as contradições que emergem na relação do homem com as novas exigências sociais. A autora conclui que a psicologia advém com a finalidade de reajuste dos seres humanos a algo que vem a partir de um conhecimento que se faz predeterminado, sendo aplicada às pessoas que apresentam, em algum momento,

diferenças diante da normalidade estipulada, com o objetivo de padronizá-las.

De acordo com Massimi<sup>10</sup>, é no contexto das práticas eugenistas, nas primeiras décadas do século XX, que ocorre a introdução da psicologia no Brasil como base científica dos métodos pedagógicos. Propondo novos objetivos ao processo educacional, a formação de professores nas escolas volta a se basear na afirmação de que todo indivíduo é dono e construtor de sua própria experiência de vida e de seus princípios. A atuação do psicólogo, pela sua formação, sustenta-se a partir de então na adaptação do indivíduo ao seu ambiente.

Ao retomar os estranhamentos iniciais do contexto político, que toma como objeto de controle social e jurídico os indivíduos que não se enquadram nos padrões hegemônicos, no cotidiano do funcionamento das políticas públicas de saúde, assistência social, entre outras, surgiram as seguintes interrogações: por que algumas mulheres têm seu discurso questionado ou desacreditado diante de uma queixa de violência conjugal? Elas não são sujeitos de direitos, como os homens? Por que, diante de tal queixa, a mulher pode ser muitas vezes classificada como portadora de uma enfermidade mental? Por que não são utilizadas as leis e políticas específicas para a garantia de direitos das mulheres contra a violência de gênero?

Lilian Schaiber et al.<sup>14</sup>, em estudos sobre a questão da violência contra a mulher, descrevem que na década de 1970, no Brasil, são destacadas manifestações femininas na luta contra a absolvição dos maridos ou ex-maridos culpados de homicídios de suas esposas. Na década de 1980, surge no campo da saúde a denominação “violência doméstica”, sinalizando que, se a mulher sofre violência em diversas situações, o contexto intrafamiliar é um dos mais usuais e relevantes. Nos anos 1990 é criada a expressão “violência de gênero”, reconhecendo que a violência contra a mulher, tão perpetuada em ambientes domésticos, está atrelada à violência de gênero, ou seja, associada à radicalização das desigualdades na relação entre homens e mulheres.

Em 7 de agosto de 2006, é implantada no Brasil a Lei de Combate à Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Lei Maria da Penha, n. 11.340/6<sup>2</sup>, representando um marco de luta pelos direitos das mulheres, tornando o Brasil o décimo oitavo país da América Latina e Caribe a contar com uma lei específica que trata da violência contra a mulher. Com isso, o Brasil permanece atendendo às recomendações da Comissão Interameri-



cana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, dando efetividade aos tratados internacionais dos quais é signatário.

Em 9 de fevereiro de 2012, foram publicadas pela Ordem dos Advogados do Brasil<sup>7</sup> informações acerca de novos dispositivos que foram implantados para a lei:

Por unanimidade, os ministros do Supremo Tribunal Federal acompanharam o voto do relator da Ação Declaratória de Constitucionalidade (ADC) nº 19, ministro Marco Aurélio, e concluíram pela procedência do pedido, a fim de declarar constitucionais os artigos 1º, 33 e 41, da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/6), que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

E ainda:

A sessão plenária prossegue com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4.424, em que a Procuradoria Geral da República pede que seja declarado pela Corte que ações penais com base na Lei Maria da Penha devem ser processadas, mesmo sem a representação da vítima, e ainda que os crimes no âmbito dessa mesma não possam ser julgados pelos juízes especiais.

No mesmo dia, Ophir Cavalcante, presidente da Ordem dos Advogados do Brasil<sup>12</sup>, declara diante do Supremo Tribunal Federal em defesa da constitucionalidade da Lei Maria da Penha: *Homens e mulheres são iguais, mas a grande realidade hoje é a que biologicamente e socialmente a mulher ainda é inferior e, em consequência, vítima de agressões, necessitando da proteção do Estado.*

Diante das questões apresentadas aqui, irrompe, ainda, outro estranhamento: a Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> estipula, de forma geral, conteúdos normativos relativos às mulheres. O *caput* do artigo 5º afirma a igualdade de direitos sem qualquer discriminação, porém se preocupa em reiterar expressamente a igualdade entre homens e mulheres. Considerando que a mulher, assim como o homem, é sujeito de direitos iguais perante a Constituição, qual a mecânica de poder que se produz no momento da criação de uma lei específica para a mulher?

Foucault<sup>7</sup> explica que, no final do século XVIII, após o poder disciplinar dos corpos, nasce um poder que se instala em um conjunto de processos, dirigindo-se a uma população e não mais a um corpo individual. Tal poder tem como campo de intervenção as incapacidades biológicas diversas de uma população, os efeitos do meio sobre a

qualidade de vida e os problemas econômicos e políticos. Esse novo poder, o biopoder, estabelece em torno da população uma problemática simultaneamente científica, política e biológica.

Conforme visto anteriormente, a psicologia surge com a demanda de ajustamento dos ditos anormais a uma categoria normatizada. Pode-se então estabelecer, diante do pensamento de Foucault, um paralelo entre as ferramentas do biopoder e a atuação do psicólogo como instrumento no trabalho de diagnóstico-psicologização dessas mulheres. Esse profissional está sujeito a receber a demanda institucional de participar com um saber-poder reducionista, podendo responder de forma a atuar, ao mesmo tempo, sobre o indivíduo e a população, normatizando o comportamento das pessoas, produzindo efeitos disciplinares e regulamentares pelo viés de um discurso científico excludente em “*prol do bem da sociedade*”.

Quando se procura uma problematização acerca das políticas públicas, torna-se pertinente trazer à baila o conceito de governamentalidade, também proposto por Foucault<sup>8</sup>. O autor, por meio do seu estudo genealógico sobre a relação entre segurança, população e governo, percebe que desde o final do século XVIII, com a emergência do biopoder, o Estado passa a ter como função garantir a segurança dos fenômenos naturais da população e conta com a funcionalidade de microsaberes provindos de diversos campos a ele articulados (pedagogia, medicina, por exemplo), para dar efetividade a essa nova forma de gestão. A partir de então, a intervenção da governamentalidade estatal passa a ser limitada, o que pode ser encarado, não necessariamente, como um marco negativo.

Ainda de acordo com Foucault<sup>8</sup>, o Estado, agora, precisa gerir, garantir a segurança desses fenômenos naturais, e não mais regulamentar de forma direta. Entretanto, no interior desse campo assim delimitado, surge todo um domínio de intervenções que podem, muitas vezes, não corresponder em absoluto à forma prevista pelo Estado. Neste ponto, Foucault começa a fazer a análise das denominadas “*contracondutas*” que vêm, precisamente, recusar a razão do Estado:

Agora vamos ver se desenvolver contracondutas, reivindicações na forma da contraconduta, que terão como sentido o seguinte: deve haver um momento em que a população, rompendo com todos os vínculos de obediência, terá efetivamente o direito, não em termos jurídicos, mas em termos de direitos essenciais e fundamentais, de romper os vínculos de obediência que pode ter com o Estado e, erguendo-se contra ele, dizer doravante: *é minha lei, é a*



lei das minhas exigências, é a lei da minha natureza própria de população, é a lei das minhas necessidades fundamentais que deve substituir essas regras da obediência<sup>8</sup> (p. 479).

Os conceitos de governamentalidade e contraconduta devem ser encarados então como ferramentas, visto que a partir deles é possível pensar que as políticas públicas são exercidas/construídas em seu cotidiano pelos profissionais e usuários, não havendo necessariamente uma sinonímia com a demanda prevista pelo Estado. Emergem, portanto, possibilidades para problematizações frequentes das práticas dos serviços na busca pela desnaturalização dos estigmas atribuídos aos “desajustados”, ou seja, aqueles que não agem conforme a “normalidade” de sua categoria estipulada por “saberes-poder”, o que contribui para o enfrentamento e a desnaturalização da violência contra a mulher.

Guattari<sup>8</sup> aponta que os trabalhadores sociais, ou qualquer profissional interessado no discurso do outro, se encontram em uma encruzilhada política e micropolítica fundamental, não havendo espaço, nesse campo, para qualquer posição dita neutra. Existe aqui a opção por uma atuação que contribua para a reprodução de subjetividades capitalísticas forjadas em modelos hegemônicos, e a de trabalhar na busca por caminhos que permitam a criação de saídas. Estas apontarão para as possibilidades e os agenciamentos que o profissional construir e puser a funcionar em sua trajetória.

É importante lembrar: visto que o exercício da psicologização da queixa de mulheres em situação de violência está estreitamente relacionado à prática de saberes hegemônicos no campo da psicologia, torna-se necessária a utilização de instrumentos apoiados em uma perspectiva atrelada a um paradigma ético-estético-político. Abrem-se, assim, possibilidades para linhas de fuga acerca da demanda institucional, muitas vezes endereçada ao psicólogo, de reprodução e manutenção de modelos preconceituosos traduzidos em efeitos de exclusão e segregação.

Benevides<sup>4</sup> afirma em seu trabalho que, diante do paradigma ético-estético-político, a ética está implicada em ouvir o estrangeiro que se produz no encontro com o outro. Pela experimentação, procura-se alterar os processos de subjetivação hegemônicos em curso. A via política se faz quando se põem a funcionar os modos de expressão de subjetividade, tomando-os como dispositivo, operando processos de desindividualização. A entra-

da estética está relacionada ao criar, tornando possível a diferenciação de caminhos entre impossibilidades:

Criar problemas é pôr para pensar, implica diferenciação. Foucault dizia que a liberdade existe quando se pode rejeitar um modo de subjetivação em que se foi constituído para criar outros, afirmando essas diferenças. Criar é se diferenciar. A diferença é a que produz no mundo capacidade de provocar outras diferenças, é aquilo que se consegue escapar da fala única, deixando vazar a polifonia que habita as multiplicidades<sup>4</sup> (p. 324).

Vale destacar que, diante de tal imperativo de produção de subjetividade baseada no biopoder, a aposta para a construção de novas formas de intervenção deve estar articulada à lógica da “processualidade”. *Nela os objetos não estão dados, não são naturais, portanto, mas tampouco são legislados por transcendentais. Eles se engendram, configuram-se em planos de imanência*<sup>4</sup> (p. 188-189). Nessa nova lógica, destacam-se as relações, os encontros, os corpos se conhecendo por meio do afeto, da interação, a vida se exercendo, se expandindo e não se conservando, categorizando.

Com propostas baseadas nessa perspectiva de atuação, o cotidiano das práticas nos serviços de saúde pública se apresenta como uma ação política, não havendo mais preocupação da manutenção de uma trajetória baseada em uma neutralidade profissional. A “história” passa a ser contada não mais por analistas, mas a partir do surgimento de analisadores que percorrem as linhas de formação dos processos de subjetivação visando à desestabilização de contextos ditos naturais.

Nos últimos anos, o psicólogo vem sendo convocado a participar de equipes multidisciplinares em programas do governo destinados ao controle social das camadas da população de baixo rendimento econômico. É atribuída a esse profissional a função de “cuidar das questões da subjetividade”, caindo muitas vezes no exercício da psicologização – forma encontrada para reduzir problemas coletivos ao caráter individual, como acontece nos casos de violência contra a mulher.

Retomando os conceitos de governamentalidade e contracondutas, que sugerem possibilidades de enfrentamento das padronizações das ações dos trabalhadores responsáveis por tal controle demandado pelo Estado, e a participação ativa da população na construção de tais políticas, a psicologia pode (res) surgir como ferramenta de ruptura, como instrumento de enunciação da transformação de tal realidade. Pois

não seriam os sujeitos que têm o atributo de psicologizar/naturalizar os mesmos que teriam a tarefa de despsicologizar/desnaturalizar?

### Referências

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, 1988.
2. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. DOU, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 9 fev. 2012.
3. Beauvoir S. O Segundo Sexo. São Paulo: DIFEL, 1970.
4. Benevides RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina, UFRGS, 2007.
5. Butler J. Actos Performativos e Constituição de Gênero: um ensaio sobre a fenomenologia e teoria feminista. In: Macedo AG e Rayner F. (Orgs). Gênero, Cultura Visual e Performance: Antologia Crítica. Edições Húmus, 2011. p.69-88.
6. Costa JF. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
7. Foucault M. Em Defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
8. Foucault M. Segurança, Território, População. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
9. Guatarri F e Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.
10. Massimi M. A Abordagem Aristotélico-Tomista na Psicologia Brasileira do Século XX: A Continuidade de uma Tradição. In: Massimi M. (Org.) História da Psicologia no Brasil do Século XX. São Paulo: EPU, 2004, p. 15-34.
11. Moraes MO. A psicologia como reflexão sobre as práticas humanas: da adaptação à errância. Revista Estudos de Psicologia, v. 8, n. 3, p. 535-539, 2003.
12. Ordem dos Advogados do Brasil. STF confirma constitucionalidade de dispositivos da Lei Maria da Penha. Disponível em: <[http://www.oab.org.br/Noticia/2343?argumentoPesquisa=formsof\(inflectional,"maria"\)andformsof\(inflectional,"penha"\)](http://www.oab.org.br/Noticia/2343?argumentoPesquisa=formsof(inflectional,)>. Acesso em 12: fev. 2012.
13. Paoli MC. Mulheres: lugar, imagem, movimento. In: Cardoso R, Chauí M, Paoli MC. SOS – Mulher. Perspectivas Antropológicas da Mulher. Volume 4. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.
14. Schaiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005.

# Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres

## Difficulties of health professionals in the State of São Paulo in filling the compulsory notification form of cases in sexual violence against women

Silvana Ferreira Bento<sup>I</sup>, Maria Helena de Sousa<sup>II</sup>, Maria José Duarte Osis<sup>III</sup> e Aníbal Faúndes<sup>IV</sup>

### Resumo

Investigou-se a experiência de profissionais de serviços de saúde do estado de São Paulo com o preenchimento da notificação compulsória da violência sexual contra mulheres. Realizou-se um estudo qualitativo do tipo estudo de casos em seis municípios, em serviços públicos de saúde que atendiam mulheres que sofrem violência sexual. Entrevistaram-se 45 profissionais utilizando um roteiro semiestruturado. Em todos os municípios, havia pelo menos um serviço em que a ficha de notificação sempre era preenchida. Nos serviços visitados, em geral eram profissionais de enfermagem que preenchiam a ficha de notificação, e as dificuldades enfrentadas relacionavam-se a três aspectos: 1) contexto em que a ficha estava inserida no serviço: uma tarefa a mais a ser realizada e não institucionalização do atendimento às mulheres que sofrem violência sexual; 2) formato e conteúdo da ficha: perguntas constrangedoras repetidas várias vezes a mulheres muito fragilizadas; e 3) interação dos profissionais da saúde com as mulheres que sofrem violência sexual: despreparo para abordar a questão da violência. O preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência sexual é um procedimento fundamental para orientar ações de prevenção e combate a esse problema. Evidenciou-se a necessidade de capacitação dos serviços e dos profissionais para inserirem o preenchimento dessa ficha como parte da atenção integral às mulheres que sofrem violência sexual.

**Palavras-chave:** Violência contra Mulheres, Violência Sexual, Notificação Compulsória

### Abstract

It was investigated the professional health services experiences in the State of São Paulo in completing mandatory reporting of sexual violence against women. It was conducted a qualitative study on the case study type in six municipalities, public health services that met women who suffer sexual violence. 45 professionals were interviewed using a semi-structured script. In all municipalities, there was at least one service whose notification form was always filled. In general, the nursing professionals who used to filling the notification form in the services visited. The difficulties in filling the form were related to three aspects: a) the context in which the form was inserted in the service: one more task to be performed and the not institutionalization of care for women who suffer sexual violence, b) format and contents of the form: embarrassing questions several times repeated to very vulnerable women, and c) how health professionals interact with women who suffer sexual violence: unprepared to address the violence issue. The filling of the form of sexual violence cases is a basic procedure to guide for prevention and combating actions to this problem. It was evidenced the need for training services and professionals to consider filling this form as part of comprehensive care to women who suffer sexual violence.

**Keywords:** Violence against Women, Sexual Violence, Compulsory Notification

<sup>I</sup> Silvana Ferreira Bento (fbento@unicamp.br) é profissional de Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e do Cemicamp - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

<sup>II</sup> Maria Helena de Sousa (mhestat@cemicamp.org.br) é pesquisadora do Cemicamp - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas.

<sup>III</sup> Maria José Duarte Osis (mjosis@cemicamp.org.br) é pesquisadora do Cemicamp

- Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas e Professora Voluntária do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

<sup>IV</sup> Aníbal Faúndes (afaundes@uol.com.br) é pesquisador do Cemicamp - Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva de Campinas e professor emérito da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.



### Introdução

No Brasil, nos últimos anos, vários setores da sociedade têm se mobilizado para enfrentar a problemática da violência contra as mulheres. Um dos pontos cruciais vem sendo prover atendimento adequado às mulheres que sofrem violência, o que ainda segue como uma tarefa inacabada<sup>1,6,7</sup>. Especialmente em relação ao atendimento das mulheres que sofrem violência sexual, têm se multiplicado os esforços para torná-lo mais acessível e efetivo<sup>1,14</sup>. Recentemente, o decreto n. 7.958 da Presidência da República<sup>2</sup> estabeleceu diretrizes e procedimentos para o atendimento humanizado às vítimas de violência sexual pelos profissionais da área de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os procedimentos indicados, reitera-se a necessidade do preenchimento da ficha de notificação compulsória, regulamentada pelo Ministério da Saúde desde junho de 2004<sup>3</sup>.

Neste artigo, apresentam-se resultados de um estudo em que se investigaram as dificuldades encontradas pelos profissionais de serviços de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da notificação compulsória da violência sexual contra mulheres.

### Sujeitos e Métodos

Realizou-se uma pesquisa com abordagem mista, quanti e qualitativa. Na abordagem quantitativa foram entrevistados, por telefone, coordenadores de 172 serviços de saúde do Estado de São Paulo que davam atendimento de emergência a mulheres que sofrem violência sexual. Cerca de 79% dos entrevistados afirmaram que em seus serviços sempre era preenchida a ficha de notificação. A partir da análise dos dados quantitativos foram selecionados seis municípios para realização da abordagem qualitativa, por meio de estudo de casos<sup>4,8</sup>. Os casos foram municípios em que havia pelo menos um serviço de saúde (SS) em que se preenchia “sempre” a ficha de notificação compulsória em casos de violência sexual, e ao menos um SS que preenchia na maioria das vezes, às vezes ou nunca. Em cada município foram visitados dois serviços que cumpriam os critérios de inclusão.

Para selecionar esses municípios, seguiu-se a lógica de uma amostra intencional<sup>8</sup>, levando-se em consideração a distribuição geográfica no Estado de São Paulo, de maneira a incluir municípios de várias regiões; e o tamanho da sua população (<100.000 habitantes e ≥100.000 habitantes).

Em cada serviço de saúde selecionado, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com o(a) coordenador(a) do atendimento a mulheres que sofrem violência sexual e os

profissionais que faziam parte desse atendimento. No total, 45 pessoas foram entrevistadas: 16 profissionais ligados à área de enfermagem (enfermeira, técnico e auxiliar), 14 gestores, oito médicos, quatro assistentes sociais e três psicólogos. Utilizou-se um roteiro semiestruturado, que tinha como objetivo entender como era a experiência dos profissionais com o preenchimento da ficha de notificação compulsória, bem como aprofundar os resultados referentes às dificuldades com o preenchimento da ficha. As entrevistas, conduzidas por pessoas qualificadas no manejo de técnicas qualitativas para coleta de dados, foram transcritas; e os textos correspondentes conferidos por outra pessoa com as gravações. A análise temática de conteúdo<sup>8</sup> foi realizada com auxílio do programa NVIVO 9.0. A análise das entrevistas foi feita mediante identificação, descrição e interpretação das unidades de significado relacionadas aos objetivos do estudo, propondo-se as seguintes categorias de análise: atendimento às mulheres que sofrem violência sexual, conhecimento sobre a ficha de notificação compulsória do Ministério da Saúde, preenchimento da ficha de notificação compulsória, dificuldades encontradas para preencher a ficha e encaminhamento dado à ficha de notificação. Neste artigo, apresentam-se os resultados referentes à categoria de análise “dificuldades para preencher a ficha”.

O protocolo desta pesquisa foi avaliado e aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), com o número 144/2009. As diretrizes da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitadas neste estudo. A participação dos sujeitos foi voluntária e suas identidades foram mantidas em sigilo, bem como a identificação dos serviços.

Os profissionais de saúde foram convidados a participar do estudo e receberam explicações sobre de que se tratava e em que consistiria sua participação. Quando se mostraram dispostos a participar, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ler. Depois da leitura, essas pessoas foram perguntadas sobre a decisão de participar ou não do estudo; as que concordaram assinaram o TCLE e receberam uma cópia dele.

## Resultados

Em todos os serviços visitados nos seis municípios, a ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres era preenchida, apesar das dificuldades encontradas. Essas dificuldades referiram-

-se a três aspectos: 1) contexto em que a ficha estava inserida no serviço; 2) formato e conteúdo da ficha; e 3) interação dos profissionais da saúde com as mulheres que sofrem violência sexual.

### a) Contexto em que a ficha estava inserida no serviço

Cada serviço lidava com o preenchimento da ficha de uma maneira própria, de forma que diferia qual era o profissional encarregado do preenchimento, em que momento do atendimento acontecia, que tipo de registro ou controle se fazia das fichas preenchidas, para onde eram encaminhadas e em que momento. Por exemplo: houve caso em que se referiu que eram chamados profissionais da Vigilância Epidemiológica (VE) para fazer o preenchimento durante o atendimento de emergência; ou então, quando a violência ocorria durante a semana em horário comercial, em que a VE estava funcionando, as mulheres eram encaminhadas a esse setor para o preenchimento da notificação.

Alguns(mas) entrevistados(as) referiram que não se conseguia preencher a ficha com as informações do prontuário das mulheres atendidas porque este, com frequência, estava incompleto. Isso tornava necessário perguntar diretamente às mulheres acerca das informações solicitadas na ficha – o que significava, algumas vezes, obrigar a mulher a repetir o que ela já havia contado antes e que não fora registrado.

[...] [informação do prontuário] Incompleta. Assim, a gente pega mais assim, violência sexual, né, então eu tenho que perguntar mesmo é pra pessoa mesmo (Entr. 8 – Técnica de enfermagem, serviço 2, município 1).

Em alguns municípios, parte dos médicos que faziam o atendimento das mulheres não conhecia a ficha de notificação compulsória para os casos de violência sexual e, conseqüentemente, não sabia se era ou não preenchida em seu serviço. Mesmo quando sabiam da existência da ficha, nem todos os profissionais envolvidos no atendimento sabiam qual o fluxo que a ficha deveria seguir depois do seu preenchimento. Nos municípios menores, essa desinformação foi explicada como decorrente do fato de que eram bem poucos os casos de mulheres que sofriam violência sexual que procuravam os serviços de saúde, e isso fazia com que o serviço e os próprios profissionais de saúde não criassem uma rotina de atendimento para esses casos.

Em geral, o preenchimento da ficha de notificação era feito por um profissional de enfermagem.



Foram essas pessoas que apontaram as dificuldades enfrentadas para esse preenchimento e enfatizaram que deveria haver mais profissionais envolvidos no preenchimento da ficha, inclusive médicos, pois se sentiam sobrecarregadas.

[...] e talvez ter mais profissionais envolvidos e responsáveis pra fazer essa ficha, que pra um tipo de profissional só sobrecarrega muito. A gente absorve tudo, tudo acaba sendo pra gente, então nós temos várias coisas pra fazer, paciente internado sob os nossos cuidados, as emergências estão chegando, então tem que notificar outras coisas, não é só essa sobre a notificação, então tem várias coisas [para fazer]. É questão do tempo (Entr. 6 - Enfermeira, serviço 2 - município 4).

De fato, em nenhum município visitado se referiu que o preenchimento da ficha de notificação era responsabilidade de médicos(as), e a maior parte dos(as) médicos(as) entrevistados(as) não falou sobre esse assunto. Uma parte deles(as), inclusive, não sabia da existência da ficha. A maioria dos coordenadores de serviços entrevistados também não preenchia a ficha nem mencionou dificuldades enfrentadas em seu serviço com esse preenchimento.

Também se mencionou que algumas informações da ficha precisavam ser preenchidas depois do atendimento médico, e por vezes essas informações ficavam faltando por dificuldades de comunicação entre a enfermagem e os(as) médicos(as), além das falhas de preenchimento do prontuário.

Eu acho que todos tínhamos que nos envolver, todos, todos nós, todos nós, não só eu enfermeiro, como é, sabe, a Secretária, acho que todos nós, o médico tinha que fazer a parte dele, eu tinha que fazer a minha, o serviço social a parte dele, mas pra quê? Pra quê? [...] pra que esse serviço melhorasse, entendeu, assim a equipe, onde se tem equipe o trabalho flui bem... Não é verdade? Que às vezes tem médico que chega aqui dentro do município mesmo, ele pega a paciente e fala: "ó, relata você e tal o que houve", mas ele também tinha que relatar" (Enf. que preenche a ficha - Entr. 2, serviço 1, município 2).

Em um município, a pessoa responsável por preencher a notificação mencionou que não havia recebido treinamento suficiente para isso, razão pela qual não tinha segurança para preencher a ficha completa. Precisava da ajuda de outra pessoa que já recebera treinamento.

## b) Formato e conteúdo da ficha

Entre as pessoas entrevistadas, foi frequente a referência de que a ficha de notificação é "muito extensa, tem muitas perguntas, é repetitiva", e somava-se a isso a grande demanda de trabalho dos profissionais, o que dificultava ainda mais o preenchimento:

Extensa demais, muitos dados isso daí é... difícil porque a gente tem assim que preencher num momento certo, na hora que você está pegando a paciente aqui ainda, porque ela pode estar sendo transferida para outro serviço e às vezes a gente tem que ser até chata, criteriosa demais, né? Esquece de tal informação, isso daí também é um agravante, eu acredito na... [a ficha] é frente e verso, tem que preencher frente e verso [risos] (Entr. 4, serviço 2, município 5).

[...] as fichas, porque diz que eles têm que perder muito tempo e como aqui é um pronto-socorro, toda hora tá chegando gente, toda hora tá correndo, daí ele tem que parar, por isso que fica às vezes algumas coisas sem preencher, depois você tem que chamar a pessoa de novo (Entr. 1 - Coordenadora da Atenção Básica, município 3).

Quanto ao conteúdo da ficha, uma parte dos profissionais entrevistados se referiu a *perguntas complexas/constrangedoras e detalhadas* em relação à violência sofrida diante da situação em que as mulheres se encontram.

Ah! Como falei eu acho que sempre é novidade, cada caso é um caso, [...] como é preenchida na hora do acolhimento a gente busca; [...] a gente busca deixar [a mulher] à vontade, constrangê-la o menos possível, então a gente pede para ela contar, né? Então ela vai conforme vai podendo, tendo condições de contar como aconteceu, e a gente vai tentando preencher a ficha, depois no final a gente vai buscar... Ah! assim, ela não disse se foi, se teve penetração ou não porque ela até fica constrangida, então eu pergunto no final. Eu acho que... pela situação em si é difícil (Entr. 4 - Coordenadora/psicóloga, serviço 2, município 6).

## c) Interação dos profissionais da saúde com as mulheres que sofrem violência sexual

Em quase todos os municípios visitados, os(as) profissionais de saúde disseram sentir-se constrangidos(as) de terem que fazer perguntas de cunho mais íntimo para a mulher logo depois que ela sofreu a violência e estava ainda muito abalada. Em um dos municípios, foi dito que quando a mulher estava muito fragilizada a ficha não era preen-



chida naquele momento. Esse procedimento era realizado quando a mulher voltava para a consulta de retorno.

[...]se a gente pergunta pro paciente, a gente faz o questionamento, a gente conversa com o paciente, às vezes ele conta com a gente [...] o problema mais no caso é com o psicológico do paciente, mais do que com lidar com a ficha, né, [...] porque a ficha é até fácil preencher, [...] as informações vindas do paciente, o duro é a gente às vezes conseguir conversar e fazer com que o paciente tenha uma conversa aberta com a gente, pra gente conseguir, [...] dar essa abertura para tirar informações pra pôr na notificação, né, então eu atribuo mais uma dificuldade na abertura da paciente com a gente [...] na abertura de informações na realidade (Entr. 2 – Enfermeira, serviço 1, município 6).

Aí eu vou fazendo a ficha e vou fazendo as perguntas. Quando eu não consigo, vejo que a pessoa tá muito nervosa, eu pego um pouco d'água, eu é [...] não preencho tudo, na terça-feira, que nem, por exemplo, isso aconteceu no fim de semana, daí na terça-feira o médico vem atender, eu acabo de preencher a ficha dela, eu termino [...] Às vezes eu tenho dificuldade pela paciente não me informar. Depois que passou tudo, foi medicado, eu espero melhorar, dou uma semana, eu volto, aí eu vou fazer uma visita domiciliar. [Daí em geral elas] Falam, falam (Entr. 8 – Técnica de enfermagem, serviço 2, município 1).

Também se mencionou que algumas vezes era difícil preencher a ficha porque as mulheres, em vista de seu estado emocional, acabavam se contradizendo, dando informações contraditórias, e os(as) profissionais não sabiam bem como lidar com isso.

[A qualidade da informação dada pela mulher poderia ser] melhorada. Eu acho que precisava... porque a gente não chega numa conclusão mesmo, que olha é isso... Fica [em contradição], muitas vezes fica. A gente fica perdida, às vezes fala: "Nossa! Mas isso ela me falou tal assunto, me confidenciou tal coisa", vou lá dentro... [Aí ela falou outra coisa!] É! Aí chega, e se estiver alguém da família acompanhando, aí você fica mais assim em dúvida ainda (Entr. 4 – Coordenadora e assistente social, serviço 2, município 5).

Em quase todos os municípios, os(as) profissionais entrevistados(as) referiram que as mulheres tinham vergonha de lhes contar sobre a violência sofrida porque não havia um local específico para conversarem.

[...] tem que ter uma sala, às vezes nós não temos essa sala no setor, lá não tem uma sala específica, a gente tem que adaptar igual a gente adaptou essa aqui agora pra gente fazer essa entrevista, então acho que essas coisas

dificulta um pouco, né, o tempo, o local... né, eu acho que dificulta um pouco pra gente (Entr. 6 – Enfermeira, serviço 2, município 4).

Os(as) profissionais de saúde também mencionaram que as mulheres ficavam receosas de falar sobre a violência especialmente quando o agressor era conhecido.

[...] eu acho que elas ficam um pouco assim quando o agressor é conhecido... que aí nessa parte, sabe, por medo de algum tipo de retaliação ou às vezes até um parente (Psicóloga, serviço 2, município 6).

Em um município, foi mencionado que esse receio também estava associado a que as mulheres não queriam que outras pessoas de sua rede de relacionamentos soubessem o que tinha acontecido com elas. Na opinião dos(as) entrevistados(as), isso acontecia pelo despreparo dos(as) profissionais para lidarem com essa situação.

[...] muitas vezes elas passam lá no pronto-socorro, elas não querem fazer notificação, muitas vezes a pessoa não tem aquele manejo, aquela sensibilidade de falar: "Vai lá, faz a notificação, ninguém vai ficar sabendo, uma coisa sigilosa", porque elas acham que vêm fazer a notificação, fazendo notificação ela acha que vai notificar pra todo mundo. [...] Elas não sabem que é uma coisa sigilosa, que a gente entrou ali na sala fecha a porta, conversa é só entre a gente, mas elas assim têm receio que vizinho fique sabendo, que outros fiquem sabendo, então a dificuldade é essa, acho que tem que trabalhar assim em conjunto, tanto o pronto-socorro quanto que a Vigilância (Entr. 8 – Técnica de enfermagem, serviço 2, município 1).

Em outro município, foi mencionado que os profissionais de saúde tinham receio de preencher a ficha de notificação pois temiam sofrer algum tipo de questionamento e até mesmo recebavam ser chamados em juízo para justificar a notificação.

[O medo do funcionário é o] de se expor, de muitas vezes essa ficha chegar de um determinado lugar, das pessoas quererem saber como foi que notificou, né, e a partir disso ver toda responsabilidade de cada pessoa. Uma das dificuldades que a gente encontra, por isso que muitas vezes não é notificado. [Essa responsabilidade seria] muitas vezes responder algum processo, né, algumas famílias muitas vezes elas entram dentro do processo judicial [medo de ser chamado no Judiciário] isso, isso, de se expor, né, depois que notifica, é uma posição que você está tendo sem que muitas vezes

a gente não tem essa, vamos dizer um respaldo junto ao Poder Judiciário (Entr. 9 – Psicóloga, serviço 2, município 4).

### Discussão

Os casos estudados nesta pesquisa permitiram perceber que em serviços de saúde do Estado de São Paulo a ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres é preenchida quase que exclusivamente por profissionais de enfermagem, que mencionaram várias dificuldades para realizar essa tarefa. Evidenciou-se um conjunto de dificuldades que se relaciona à organização do trabalho nesses serviços, de maneira que o preenchimento acaba sendo uma tarefa a mais especialmente para os(as) profissionais de enfermagem, que são os(as) habitualmente encarregados(as) de atividades de gerenciamento, controle e manutenção dos serviços, o que implica o preenchimento de formulários, fichas e a elaboração de estatísticas<sup>5</sup>. Soma-se a isso o fato de a ficha ser vista como muito extensa, o que demanda mais tempo para o seu preenchimento. Ao mesmo tempo, existe até certa alienação dos(as) profissionais médicos(as) em relação à ficha, pois alguns nem sabiam da sua existência – o que também acaba por gerar mais dificuldades para o preenchimento, uma vez que nem sempre as informações necessárias são registradas nos prontuários das mulheres atendidas, criando a necessidade de se voltar a falar com essas mulheres.

Além disso, o atendimento às mulheres que sofrem violência sexual nem sempre está institucionalizado nesses serviços, o que leva a não se dispor de infraestrutura adequada, como por exemplo salas privativas para atendimento, profissionais treinados para acolher e atender as mulheres de acordo com um protocolo definido, bem como uma rede intersetorial de serviços para encaminhá-las para dar continuidade ao atendimento, conforme preconizam as políticas públicas em vigor<sup>4,7</sup>.

Percebe-se também que, nem sempre, os(as) profissionais compreendem a finalidade do preenchimento da ficha de notificação. Em alguns casos, parecem ver a ficha como um instrumento de denúncia (policial) e não de gestão, que é o seu objetivo principal. Isso provavelmente está relacionado à concepção que ainda prevalece em muitos ambientes de que violência é assunto de polícia e não de saúde<sup>10</sup>. Esse é um paradigma que precisa ser completamente superado entre os serviços e os(as) profissionais de saúde para que possam exercer plenamente seu papel na atenção integral às mulheres que sofrem violência sexual. Caso contrário, continuar-se-á a se ob-

servar o temor dos profissionais de serem, de alguma forma, envolvidos em ações policiais e/ou judiciais por estarem preenchendo a ficha de notificação.

Para que isso aconteça, porém, requer-se que o tema da violência seja abordado dessa maneira já desde o período de formação dos profissionais de saúde, o que ainda não ocorre<sup>12</sup>. Os treinamentos e capacitações em serviço por certo também podem contribuir para essa mudança de perspectiva, mas não se podem ignorar as dificuldades de organização das rotinas de trabalho aqui já mencionadas, que podem inviabilizar a aplicação desses treinamentos<sup>9</sup>.

A experiência dos(as) profissionais entrevistados(as) revela também dificuldades para abordar as mulheres com respeito à violência sofrida. Por um lado, há o choque, os receios e constrangimentos das mulheres, que, com frequência, as levam a se calarem ou terem dificuldade para falar sobre a violência sofrida. Por outro, soma-se o despreparo dos(as) profissionais de saúde para lidar com os casos de violência sexual. Esse é um tema que os(as) coloca cotidianamente diante de seus valores e de suas experiências pessoais, além de trazer temores quanto às consequências de seu envolvimento com tais casos<sup>6,7,11,13</sup>.

O preenchimento da ficha de notificação dos casos de violência sexual é um procedimento fundamental para orientar ações de prevenção e combate a esse problema. A notificação pode ser um valioso instrumento de gestão, pois permite levantar informações sobre os tipos de violência sofrida, as circunstâncias em que ela ocorre e quais os atendimentos providos às mulheres. Entretanto, por sua extensão, seu preenchimento pode demandar bastante tempo dos profissionais encarregados dessa tarefa, que já se acham sobrecarregados com outras atribuições, inclusive atendimentos de urgência. Logo, não parece suficiente apenas treinar os profissionais para preencherem corretamente essa ficha se a organização do serviço não oferece as condições necessárias para que executem esse trabalho.

Finalmente, embora o preenchimento da ficha de notificação possa, por certo, contribuir para que a atenção às mulheres que sofrem violência sexual seja continuamente revista e adequada às necessidades específicas dessas mulheres, bem como possa orientar iniciativas visando à diminuição/eliminação dessas agressões, não produzirá bons resultados se os serviços e profissionais que atendem mulheres que sofrem esse tipo de violência não estiverem organizados e capacitados para prover atenção integral a elas.

### Referências

1. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*. 2012; 40 (6): 301-306.
2. Brasil. Decreto nº 7.958, de 13 de Março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde [decreto na internet]. [acesso em 8 maio 2013]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D7958.htm).
3. Brasil. Decreto 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no. 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela [decreto na internet]. [acesso em 28 ago 2008]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5099.htm)
4. Gomm R, Hammersley M, Foster P, editors. *Case study method*. London: Sage; 2000.
5. Hausmann M , Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2): 258-65.
6. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Kossel K, Morelli K, Botelho LFF, Stoianov M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39: 376-82.
7. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46: 351-8.
8. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2.ed. London: Sage; 1990.
9. Pedrosa CM , Spink MJP. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc*. 2011; 20 (1): 124-135.
10. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41: 472-7.
11. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Pública*. 2007;41(5):797- 807.
12. Souza ER, Ribeiro AP, Penna LHG, Ferreira AL, Santos NC, Tavares CMM. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009; 14: 1709-19.
13. Vieira EM, Perdoni GCS, Almeida AM, Nakano MAS, Santos MA, Daltoso D, et al. Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12: 566-77.
14. Villela W, Lago T. Conquistas e desafios no atendimento às mulheres que sofreram violência sexual. *Cad Saú-de Pública*. 2007; 23(2):471-5.

# Indicadores de suicídio no Estado de São Paulo entre 2003 e 2010

## Indicators of suicide in the State of São Paulo between 2003 and 2010

Maria de Lima Salum e Morais<sup>1</sup> e Maria Mercedes Loureiro Escuder<sup>II</sup>

### Resumo

O objetivo do estudo foi traçar o perfil da evolução da prevalência dos casos de suicídio e de tentativas de suicídio no Estado de São Paulo de 2003 a 2010, segundo sexo, e em 2003 e 2010, conforme faixa etária. Foram considerados como suicídios e tentativas os casos registrados no Datasus dentro do grande grupo CID10: X60-X84 – lesões autoprovocadas voluntariamente. Coletaram-se dados de mortalidade e morbidade em maiores de 10 anos, por sexo, entre 2003 e 2010, e por faixa etária em 2003 e 2010. As taxas foram calculadas por 100.000 habitantes.

Constatou-se que, apesar de a taxa de óbitos por suicídio ser maior entre os homens, seu crescimento ao longo dos anos tem sido maior entre as mulheres.

Em relação à idade, verificou-se, entre 2003 e 2010, um crescimento das taxas de mortalidade, principalmente de 10 a 14 anos e de 20 a 39 anos, e um decréscimo a partir de 50 anos. Quanto às tentativas de suicídio, os dados se apresentaram irregulares durante o período, mas com maior equilíbrio entre os sexos. Conclui-se pela necessidade de maior investimento na qualificação dos profissionais de saúde, tanto para prevenção e assistência quanto para o encaminhamento adequado dos casos de pessoas com depressão e ideias suicidas.

**Palavras-chave:** Suicídio, Tentativas de Suicídio, Gênero, Idade

### Abstract

The study aim was to trace the evolution profile in the prevalence of suicides and attempted suicides in the State of São Paulo from 2003 to 2010, according to sex, and in 2003 and 2010, according to age. It was considered cases registered in Datasus within the large group ICD10: X60-X84 - self-harm. Data on mortality and morbidity in patients over 10 years old from 2003 to 2010 according to sex and in 2003 and 2010 according to age group were collected. The rates were calculated per 100,000 population. It was found that although the rate of deaths by suicide is higher among men, its growth over the years has been higher among women. Regarding age, it was found, between 2003 and 2010, an increase of mortality rates, mainly 10-14 years old and 20-39 years old, and a decrease in people from 50 years old. As for suicide attempts, the data showed irregular in the period, but with greater gender balance. It concludes the need for increased investment in the training of health professionals, both for prevention and care, and for the appropriate referral of cases of people with depression and suicidal thoughts.

**Keywords:** Suicide, Attempted Suicide, Gender, Age

<sup>I</sup> Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo.

<sup>II</sup> Maria Mercedes Loureiro Escuder (mescuder@isaude.sp.gov.br) é pesquisadora Científica do Instituto de Saúde e mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.

## Introdução

O ato suicida, apesar de ser uma agressão dirigida a quem o pratica, gera pesadas consequências para o próximo e, dessa forma, não deixa de ser também um ato de violência emocional contra o outro. Embora os suicídios sejam eventos relativamente raros, a gravidade de suas consequências psicossociais, o fato de ser um desfecho evitável e de estar relacionado com transtornos mentais importantes e com aqueles decorrentes de abuso de drogas<sup>1,6</sup> torna tanto a ideação suicida quanto a mortalidade por suicídio temas necessários de estudo e de atenção por parte dos profissionais de saúde. Deve-se considerar que, além de um ato de violência, o suicídio é produto de sofrimento psíquico intenso e, portanto, está no âmbito das políticas de Saúde Mental. Entretanto, não parece que os profissionais de saúde tenham clareza sobre suas possibilidades de atuação nessa esfera.

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>20</sup>, o suicídio está entre as vinte principais causas de morte no mundo, ocasionando cerca de um milhão de mortes anuais. No mesmo relatório, ao referir-se ao Brasil, apresentam-se índices que revelam o crescimento dos indicadores de mortes por suicídio de 3,2 por 100.000 habitantes em 1980 para 4,8 por 100.000 em 2008 e, pelo Datasus, para 5,0 em 2010. Entre os homens, houve um aumento de 4,5 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes, em 1980, para 7,7 em 2008<sup>20</sup> e 7,9 em 2010, segundo o Datasus – enquanto entre as mulheres a taxa ficou em torno de 2,0 por 100.000, sendo de 2,12 em 2010, ainda de acordo com o Datasus. Tais dados referem-se à população geral, sem discriminar a faixa etária.

Quanto à faixa etária, observou-se no Brasil, em 2008, um crescimento de suicídio com a idade, em especial a partir dos 45 anos<sup>20</sup>. Em 2010, pelo Datasus, a faixa com maior índice foi a de 40 a 49 anos, com 7,41 óbitos por 100.000 habitantes, seguida da faixa de 50 a 59 anos, com 6,9 óbitos por 100.000 habitantes. Contudo, em 2010, em todas as faixas etárias entre 20 e 69 anos, as taxas superaram seis mortes por suicídio por 100.000 habitantes. Segundo Bezerra Filho et al.<sup>3</sup>, embora as taxas de suicídio no Brasil sejam menores do que as de países como a Rússia, a Estônia e a Lituânia, em que chegam a 40/100.000 (considerando a população total), o Brasil segue a tendência mundial de crescimento do número de óbitos por suicídio. Em

2002, o comportamento suicida representou 1,4% da carga global de doenças, e estima-se que tal porcentagem tenha subido para 2,4% em 2010<sup>3</sup>.

São usualmente apontados como principais fatores de risco para suicídio: abuso e dependência de álcool e outras drogas, depressão, isolamento social e tentativas prévias de suicídio<sup>14</sup>.

Os profissionais de saúde, em especial aqueles da Atenção Básica, devem estar atentos para os fatores de risco que podem levar a um possível desenlace de tentativa ou de suicídio. Luoma et al.<sup>12</sup>, avaliando quarenta trabalhos sobre o tema, afirmam que três entre quatro vítimas de suicídio tiveram contato com serviços de Atenção Primária no ano de sua morte. Texto do Ministério da Saúde<sup>14</sup> relata estudos que indicam que 40% dos suicidas procuraram algum serviço de saúde dias ou semanas antes do evento, chegando ao serviço ou profissional de saúde sem queixa específica.

O objetivo do presente estudo foi traçar um perfil da evolução da prevalência de casos de mortalidade por suicídio e de morbidade por tentativas de suicídio, no Estado de São Paulo, entre 2003 e 2010, segundo sexo e faixa etária das pessoas acometidas. Em decorrência, pretende-se sensibilizar os profissionais de saúde para o fenômeno e alertar gestores para a necessidade da manutenção de programas preventivos e da qualificação dos profissionais para enfrentarem diretamente as questões ligadas à ideação suicida.

## Método

Consideraram-se como suicídios os casos de óbitos classificados dentro do grande grupo CID10: X60-X84 – lesões autoprovocadas voluntariamente; e como tentativas de suicídio, o mesmo grupo de causas de morbidade. Os dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e os de morbidade tiveram como fonte o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), ambos constantes do Datasus. Coletaram-se dados de mortalidade e de morbidade por sexo de 2003 a 2010 e por faixa etária, em maiores de 10 anos, em 2003 e 2010. Os dados foram divididos pela respectiva população e multiplicados por 100.000, obtendo-se taxas de suicídio por 100 mil habitantes. Dados populacionais foram também extraídos do Datasus, baseados no censo de 2010 e em estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os demais anos.



Para aferição da tendência temporal da taxa de mortalidade por suicídio no Estado de São Paulo, segundo sexo, calcularam-se os coeficientes de determinação (R<sup>2</sup>) por meio de regressão linear<sup>18</sup>. Como a comparação dos dados por faixa etária foi pontual nos anos de 2003 e 2010, procedeu-se apenas a sua análise descritiva. O mesmo foi feito com os dados de tentativas de suicídio, uma vez que apresentaram grande variação no período de tempo estudado.

### Resultados

Os dados de mortalidade por sexo encontram-se representados no Gráfico 1. Observa-se que, apesar de a taxa de óbitos por suicídio ter sido maior entre os homens, o coeficiente de determinação entre as mulheres foi maior, mostrando maior acréscimo ao longo dos anos do que entre os homens, cujas taxas apresentaram irregularidade no período de 2003 a 2010.

No que diz respeito às tentativas de suicídio (Gráfico 2), apesar de as taxas serem também maiores entre os homens (com exceção do ano de 2005), há um equilíbrio maior na distribuição dos casos entre os sexos de 2003 a 2010. Além disso, há grande variabilidade de um ano para outro, o que, aparentemente, não configura nenhuma tendência temporal.

No tocante à relação entre idade e mortalidade por suicídio, observa-se, entre 2003 e 2010, um crescimento das taxas de mortalidade nas faixas etárias de 10 a 14 anos, de 20 a 49 e de 60 anos ou mais e um decréscimo entre 50 e 59 anos de idade (Gráfico 3).

Quanto à relação entre faixa etária e tentativas de suicídio (Gráfico 4), há, independentemente do ano, aumento das taxas com a idade entre adolescentes e jovens, atingindo um pico na faixa de 20 a 29 anos. Dos 30 até os 70-79 anos há um declínio gradual, e um novo aumento entre os maiores de 80 anos. Houve, ainda, decréscimo das taxas em maiores de 60 anos em 2010 em relação a 2003.

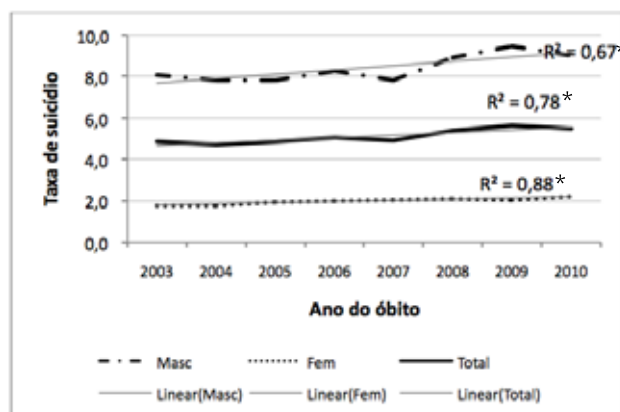
### Discussão

A tendência de crescimento das taxas de suicídio apresenta um desafio para a área da saúde, no sentido de compreender melhor o fenômeno e de promover ações no sentido de prevenir óbitos dessa natureza. Quanto às tentativas de suicídio, Hetem<sup>8</sup> afirma haver um sub-registro, pois se presume que o número real de suicídios supere em dez vezes o número estimado.

Em relação à predominância do sexo masculino no desfecho suicídio, diversos trabalhos apresentam achados semelhantes aos deste estudo<sup>17,19,20</sup>. A preponderância de suicídios no sexo masculino leva-nos a pensar que questões de papel de gênero são determinantes importantes dos atos suicidas. A quase igualdade de casos de tentativas segundo o sexo pode revelar, contudo, que a ideação suicida apresenta distribuição semelhante nos dois gêneros. O que chama a atenção é que, em homens, há maior efetividade da consumação da ideia de provocar a própria morte.

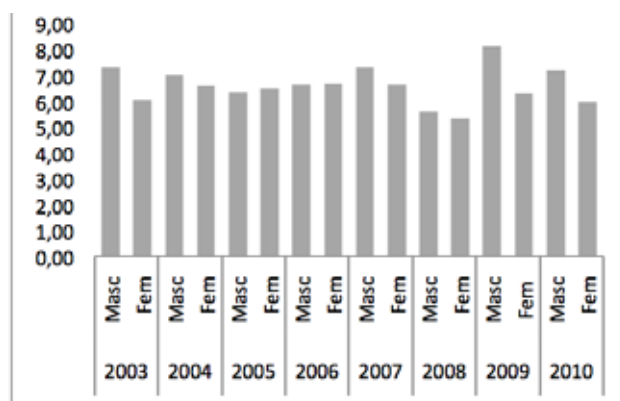
Quanto à diferença de gênero, Marin-León e Barros<sup>13</sup> comentam:

**Figura 1** – Taxas de mortalidade por suicídio e curva de tendência em maiores de dez anos, segundo sexo, no estado de São Paulo, por 100.000 habitantes (de 2003 a 2010).



\*p<0,05; fonte: SIM/Datasus.

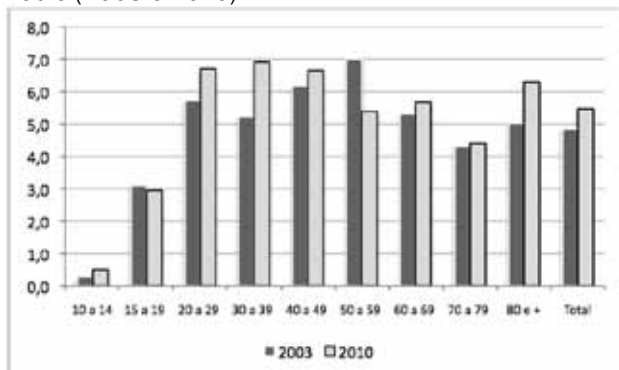
**Figura 2** – Taxas de tentativas de suicídio por sexo e por 100.000 habitantes de 2003 a 2010.



\*Fonte: SIH/SUS.

Nas mortes por suicídio, embora seja frequente o comprometimento subjacente da saúde mental, em geral estão presentes problemas de relacionamento familiar ou econômicos. Em situações de crise econômica e desemprego, os fracassos no desempenho do homem como provedor poderiam levar a atritos familiares, exacerbação do consumo de álcool e drogas, e até dissolução familiar, que poderiam se associar a suicídio<sup>13</sup> (p. 362).

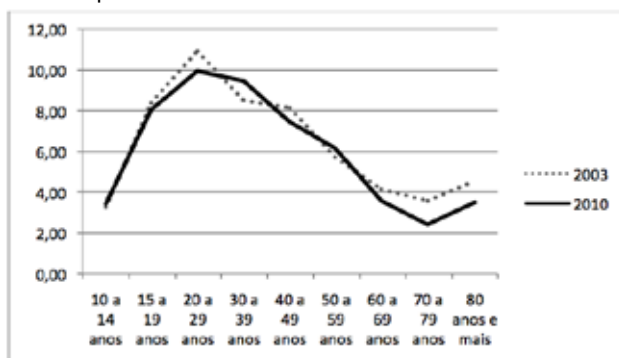
**Figura 3** – Taxas de mortalidade por suicídio, segundo faixa etária e por 100.000 habitantes no estado de São Paulo (2003 e 2010).



Fonte: SIM/Datasus.

Em estudo anterior<sup>16</sup>, identificamos também maior prevalência em homens de abuso, dependência e doenças relacionadas à ingestão de álcool. Embora, pelos dados explorados no presente trabalho, não se possa afirmar, é provável que haja uma relação entre mortalidade por suicídio e uso problemático de álcool, como indicam outros estudos<sup>14,17</sup>.

Parente et al.<sup>17</sup>, além de reconhecerem a **Figura 4** – Taxas de morbidade por tentativas de suicídio por faixa etária em 2003 e 2010.



Fonte: SIH/SUS.

maior suscetibilidade dos homens ao empobrecimento e, portanto, ao desemprego, acrescentam que a maior mortalidade por suicídio em indivíduos do sexo masculino pode dever-se à alta competitividade, im-

pulsividade e maior acesso a tecnologias letais. Para os autores:

[...] a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo; à religiosidade; às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida. Além disso, as mulheres reconhecem precocemente sinais de riscos para depressão, suicídio e doença mental, buscam ajuda em momentos de crise e participam nas redes de apoio social<sup>17</sup> (p. 379).

O crescimento maior das taxas de suicídio entre as mulheres com o passar dos anos pode revelar que os mesmos fatores que têm afetado os homens – dentre eles, pressão por desenvolvimento profissional e consumo abusivo de álcool – vêm afetando também as mulheres.

A tendência ao aumento do número de suicídios entre pessoas mais jovens é confirmada por alguns estudos e muito preocupante<sup>13,17,11</sup>. O aumento do número de pessoas mais jovens usuárias de álcool e outras drogas e as pressões de um mercado de trabalho competitivo, com menores oportunidades de colocação, são provavelmente fatores que contribuem para tal situação. Parente et al.<sup>17</sup> reforçam a ideia de que, cada vez mais, os jovens estão morrendo por causas violentas.

Quanto à atuação da saúde, Hetem<sup>8</sup> afirma que a prevenção está relacionada com detecção precoce e com o encaminhamento correto de casos de transtornos mentais com risco de suicídio. Kohlrausch et al.<sup>10</sup> relatam que comportamentos suicidas costumam ser reconhecidos por agentes comunitários. Provavelmente, o que falta em nosso Sistema de Saúde é retaguarda qualificada para atender esses casos. Gaynes et al.<sup>7</sup>, examinando estudos em língua inglesa a respeito do impacto da Atenção Primária sobre os riscos de suicídio, concluem que as ações de médicos desses serviços são limitadas no que diz respeito à avaliação e ao manejo de tais riscos. Diversos autores<sup>9,2</sup> verificaram que tratamentos psicoterápicos e medicamentosos para depressão reduzem a ideação suicida. Knox et al.<sup>9</sup> relatam que, na Suécia, médicos da Atenção Primária foram treinados para tratar a depressão, o que resultou em diminuição da mortalidade por suicídio. Supõe-se, então, que se faz necessário um investimento na qualificação dos profissionais do Sistema de Saúde no sentido de prevenção do suicídio.

Botega<sup>5</sup> ressalta a importância de uma intervenção imediata em casos de pessoas que tentaram suicídio, pois esse é o grupo de maior risco para a consumação do ato. O

autor relata o seguinte ensaio terapêutico organizado pela OMS em dez países: pessoas atendidas em pronto-socorro por tentativa de suicídio foram divididas em dois grupos – um com alta do pronto-socorro, sem encaminhamento para serviço de saúde mental, e outro que passou por entrevista motivacional e recebeu periódicos telefonemas ou visitas domiciliares. Ao final de 18 meses, no grupo que recebeu intervenção, houve uma redução de dez vezes o número de suicídios em comparação com o grupo controle, que não passou pelos mesmos cuidados.

Manual do Ministério da Saúde sobre o suicídio alerta: *um profissional de saúde preparado para enfrentar a situação tem condições de identificar o problema, ouvir a pessoa, encaminhá-la para uma terapia adequada e tentar evitar que o suicídio ocorra*<sup>14</sup>.

Em relação aos serviços de saúde, a principal conclusão a que se pode chegar é que, para a redução dos suicídios, faz-se necessário maior investimento na qualificação de profissionais dos vários níveis de atenção, com foco especial naqueles da Atenção Básica, tanto para a prevenção e a assistência quanto para o encaminhamento adequado de pessoas com depressão e ideias suicidas, particularmente adolescentes e homens adultos e idosos.

#### Referências

1. Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. Rev. Bras. Psiquiatr [periódico na internet]. 2009 [acesso em 02.04.2012];31:271-280. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n3/aop0309.pdf>
2. Alexopoulos GS, Reynolds CF 3rd; Bruce ML, Katz IR, Raue PJ, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. Am J Psychiatry. 2009;166:882-90.
3. Bezerra Filho JG, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cad Saúde Pública. 2012;28(5):833-844.
4. Botega NJ. Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan. Rev Bras Psiquiatr. 2007; 29:7-8.
5. Botega, N. Comportamento suicida em números. Debates [periódico na internet]. 2010 [acesso em 20.11.2012]; 2(1):11-15. Disponível em: <http://www.abp.org.br/medicos/publicacoes/debates>.
6. Coêlho, B M, Andrade LH, Guarniero FB, Wang YP The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr [periódico na internet]. 2010 [acesso em 11.12.2012];32: 396-408. Disponível em: <http://www>.

- scielo.br/pdf/rbp/2010nahead/aop2710.pdf.
7. Gaynes BN, West S L, Ford CA, Frame, P, Klein J, Lohr K.N. Screening for Suicide Risk in Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140: 823-837.
  8. Hetem LA. Prevenção do suicídio. *Debates* [periódico na internet] 2010 [ acesso em 02.02.2013] 2(1):17-18. Disponível em: [www.abp.org.br/medicos/publicações/debates](http://www.abp.org.br/medicos/publicações/debates)
  9. Knox K L, Yeates C, Caine ED. If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Amer J Public Health*. 2004; 94:37-45.
  10. Kohlrausch E, Lima MAD, Abreu KP, Soares JSF. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7:468-475.
  11. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):S86-93.
  12. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence *Am J Psychiatry*. 2002;159: 909-916.
  13. Marin-León, L. & Barros, M.R, Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:357-363.
  14. Ministério da Saúde. Manual ajudará a prevenir suicídio [monografia na internet]. Brasília (DF); s/d [acesso em 25 de maio de 2011]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25076](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076)
  15. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [monografia na internet] Brasília (DF); 2006. [acesso em 31 maio 2012]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf)
  16. Morais MLS, Rosa TEC, Moraes C. Prevalência do consumo abusivo de álcool em homens no estado de São Paulo: apontamentos para uma abordagem do alcoolismo na Atenção Básica à Saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*. 2012;14 (1): 73-79. nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37:357-363.
  17. Parente AC, Soares RB, Araujo AR, Cavalcante IS, Monteiro CF. Characterization of suicide cases in a Brazilian northeastern capital. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:377-81.
  18. Pereira, JCR. *Bioestatística em outras palavras*. 1ª ed. São Paulo: Edusp, 2010. pg 233-243
  19. Schmitt R, Lang MG, Quevedo, J, Colombo, t. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS*. 2008; 30:115-123.
  20. World Health Organization. Mental health, Suicide programmes [monografia na internet]. Geneva; 2011. [acesso em 31 maio 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/braz.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/braz.pdf)

# Preenchimento da variável raça/cor de grupos selecionados de causas de morte no Sistema de Informações sobre Mortalidade

## Filling out the race / color of selected groups in causes of death in the Information System on Mortality

Edna Maria de Araújo<sup>I</sup>, Felipe Souza Nery<sup>II</sup>, Ionara Magalhães de Souza<sup>III</sup>, Luciana de Araújo Pereira<sup>IV</sup> e Maria Josimeire Silva de Carvalho<sup>V</sup>

### Resumo

A incorporação da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) representa um grande avanço para o monitoramento das desigualdades em saúde. Objetivou-se avaliar o preenchimento da variável raça/cor no SIM por meio das principais causas de óbitos nas grandes regiões e unidades da federação brasileira, entre 1996 e 2011. Trata-se de estudo descritivo com dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Utilizou-se como unidade de análise o registro de óbitos de residentes das cinco grandes regiões brasileiras e unidades da federação, registrados no SIM, avaliados segundo o preenchimento da variável raça/cor. Variáveis utilizadas: raça/cor, região, unidade da federação, óbitos por residência e ano. Os dados foram coletados no sítio do Departamento de Informática do SUS (Datasus)/Ministério da Saúde, processados e analisados por meio dos aplicativos Tabnet/Datasus/Ministério da Saúde e software Microsoft Office Excel 2010. Foram calculadas frequências absolutas e relativas e realizadas análises gráficas para o diagnóstico da tendência das séries. O preenchimento da variável raça/cor no SIM apresentou tendência curvo linear em todas as séries e para todas as causas, mostrando uma progressão sistemática e acentuada do preenchimento dessa variável em todas as regiões brasileiras. A expressiva melhoria na completude de tal variável possibilita melhor dimensionamento das desigualdades em saúde.

**Palavras-chave:** Raça e Saúde, Sistemas de Informação em Saúde, Desigualdades em Saúde

### Abstract

The incorporation of the race / color variable to the Mortality Information System (SIM) is a major breakthrough for monitoring inequalities in health. This study aimed to assess the filling of the race / color variable in the SIM system, by the leading death causes in the major Brazilian regions and federation units, between 1996 and 2011. This is a descriptive study of SIM system's secondary data. As the unit of analysis, it was used resident's deaths recorded in the five Brazilian major regions and federation units recorded in the SIM system, assessed according to the filling of the race / color variable item. It was used variables: race / color, region, state, deaths per household and year. Data were collected on the Department of the SUS (DATASUL) / Ministry of Health website, processed and analyzed in the Tabnet / Datasus / Ministry of Health apps and in the Microsoft Office Excel 2010 software. It was calculated absolute and relative frequencies as well as it was performed graphical analysis for diagnosis of the series' tendency. The filling of the race / color variable in the SIM system showed a linear curved trend in all series and in all-cause, which showed a systematic and severe progression in the filling of this variable in all Brazilian regions. The significant improvement in the filling of this variable enables better scaling of health inequalities.

**Palavras-chave:** Race and Health Systems, Health Information, Health Inequalities

<sup>I</sup>Edna Maria de Araújo (ednakam@gmail.com) é enfermeira, doutora em Saúde Pública, professora titular com atuação na Graduação em Enfermagem e na Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil, pesquisadora e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

<sup>II</sup>Felipe Souza Nery (enf.felipe.nery@gmail.com) é enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

<sup>III</sup>Ionara Magalhães de Souza (narafenix@yahoo.com.br) é pedagoga, fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil, e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

<sup>IV</sup>Luciana de Araújo Pereira (luckk\_fsa@hotmail.com) é graduada em Letras Vernáculas, mestranda em Linguística pela Universidade Estadual de Feira de Santana e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES).

<sup>V</sup>Maria Josimeire Silva de Carvalho (feranda\_fera@hotmail.com) é assistente Social, especialista em Gestão da Saúde da Pessoa Idosa e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (NUDES). Endereço para correspondência: Ionara Magalhães de Souza, Rua D, 34, Campo Limpo, Conjunto Feira VI. CEP: 44034-205. Feira de Santana-BA, Brasil.



## Introdução

Os registros de informações vitais constituem uma fonte privilegiada de monitoramento e acompanhamento das desigualdades em saúde<sup>8</sup>, principalmente quando o dado apresenta alto grau de completitude e qualidade<sup>7</sup>. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra estabelece, dentre as diretrizes e responsabilidades das esferas de gestão, a garantia da inclusão e o aprimoramento do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados nos sistemas de informação em saúde adotados pelos serviços públicos, sejam conveniados, sejam contratados com o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>16</sup>.

A incorporação da variável raça/cor nos sistemas de informação possibilita evidenciar, por meio de constatações empíricas, diferenças raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença da população brasileira<sup>27</sup>. Os sistemas de informações em saúde que informam o recorte étnico-racial adotam a classificação utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>27</sup>, que incorpora o “quesito cor”, ou seja, a “cor da pele”, segundo as seguintes categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Para a demografia, a população negra resulta do somatório de pretos e pardos<sup>22</sup>.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado pelo Ministério da Saúde em 1975<sup>13</sup>. Contudo, a incorporação da variável raça/cor no SIM só ocorreu em 1995. A obrigatória inclusão da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde representa uma iniciativa liderada pelo movimento negro<sup>1</sup>. Essa incorporação contribuiu para caracterizar o conceito teórico de vulnerabilidade aplicado a esse grupo racial<sup>3</sup> e favoreceu o crescimento da produção científica pautada no recorte étnico-racial<sup>28</sup>.

Atualmente, evidencia-se um crescente número absoluto da produção de pesquisas que têm utilizado a classificação étnico-racial, embora não se evidencie uma utilização sistemática e criteriosa da variável. Concomitantemente, ressalta-se a importância de se analisarem as vulnerabilidades e as necessidades de intervenção atentando-se para a qualidade da informação produzida que, conseqüentemente, repercutirá sobre as interpretações a partir dos estudos epidemiológicos<sup>9</sup>.

As informações sobre a mortalidade em grupos populacionais são de grande importância para a análise das tendências dos perfis epidemiológicos e para a efetividade da vigilância epidemiológica<sup>7</sup>. Nessa direção, este es-

tudo tem por objetivo avaliar o preenchimento da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade tomando como referência as principais causas de óbitos das grandes regiões e unidades da federação brasileira, no período de 1996 a 2011.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo com dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Foi avaliado o registro de óbitos de residentes nas cinco regiões brasileiras e unidades da federação, de 1996 a 2011, do SIM, segundo o preenchimento da variável raça/cor. Para a realização de algumas análises por unidades da federação, utilizou-se como referência o ano de 2010 por se constituir em ano censitário. Variáveis do estudo: causas de óbitos, raça/cor, região, unidade da federação, óbitos por residência e ano. Os dados foram coletados no sítio do Departamento de Informática do SUS (Datapus)/Ministério da Saúde disponibilizados sequencialmente em: Informações de Saúde, Estatísticas vitais, Mortalidade-1996 a 2011, pela CID-10, Brasil por Região, óbitos por residência por cor/raça segundo região, capítulo CID-10: II. Neoplasias; IX. Doenças do aparelho circulatório (DAC); e XX. Causas externas de morbidade e mortalidade. A causa de morte extraída dos capítulos eleitos foi a Causa Básica do Óbito, tendo em vista as inúmeras causas que compõem o atestado de óbito. Essas causas de mortalidade foram escolhidas por representarem as principais causas de morte no Brasil, totalizando aproximadamente 60% dos óbitos<sup>18</sup>.

Para a sumarização dos dados, utilizaram-se tabelas e gráficos. Foram considerados os dados discriminados como ignorados em relação à variável raça/cor para avaliar o atendimento às recomendações quanto ao preenchimento dessa variável preconizadas pelo Ministério da Saúde. O preenchimento do campo ignorado significa que não foi possível identificar a raça/cor do indivíduo que evoluiu para o óbito.

Considerou-se como numerador o número de óbitos ignorados por raça/cor para cada causa de morte investigada multiplicada pela constante 100 (cem); e denominador, o total de óbitos para a mesma causa, conforme a expressão a seguir:

$$I\% = \frac{\text{n}^\circ \text{ de óbitos ignorados em determinada causa, no período y, na população z}}{\text{n}^\circ \text{ total de óbitos pela mesma causa x, no período y, na população z}} \times 100$$

O resultado dessa divisão correspondeu ao percentual de ignorados (1%) em relação ao total de óbitos. Posteriormente, subtraiu-se de 100 o valor encontrado e obteve-se o percentual de todas as outras variáveis juntas, excetuando-se os dados considerados ignorados. Esse novo resultado caracterizou o percentual de preenchimento. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas. A tendência curvo linear das séries referente ao preenchimento da variável raça/cor para todas as causas de morte não indicou a necessidade de realização de outras análises.

Os dados foram processados, visualizados e analisados com a utilização dos aplicativos Tabet/Datasus/Ministério da Saúde, Microsoft Office Excel 2010 e o software R versão 2.15.2.

Por se tratar de estudo com dados secundários, não foi necessário encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos; entretanto, atendeu-se à resolução n. 196/96 no tocante ao anonimato dos casos estudados.

## Resultados

O preenchimento da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade, tomando-se como parâmetro os óbitos por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias no Brasil, aumentou de 3,8% em 1996 para 94,7% em 2011 (Gráfico 1). A análise por grandes regiões e unidades da federação, no mesmo período, mostrou pequenas variações percentuais por regiões e por causas de morte. Pode-se observar também que, nos anos iniciais da série estudada, o percentual de preenchimento foi baixo, porém apresentou aumento considerável e gradual nos anos subsequentes. Essa tendência curvo linear do preenchimento da variável raça/cor também pode ser visualizada na análise gráfica das séries segundo grupos de causas considerados no estudo (Gráfico 2).

No que se refere ao preenchimento da variável raça/cor segundo a notificação das três causas de mortalidade, observou-se que a Região Sudeste, em 1996, se destacava na realização dessa tarefa. Entretanto, foram as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste que apresentaram os maiores percentuais de preenchimento da variável em 2011, enquanto as regiões Sudeste e Nordeste tiveram percentuais mais baixos.

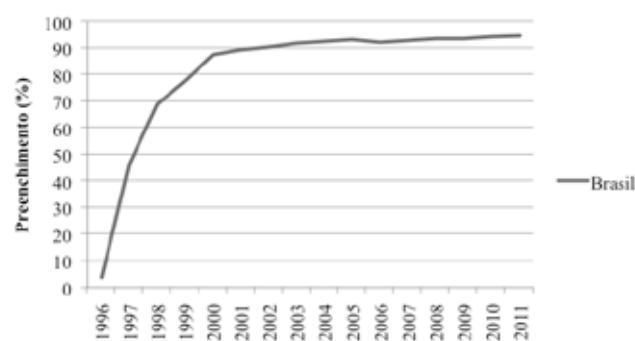
Vale destacar que a Região Nordeste, em média, teve o menor percentual de preenchimento por raça/cor para todas as causas de morte em 2011 (92,0%).

A análise do preenchimento da variável raça/cor relativo às mortes por doenças cardiovasculares mostrou que a Região Sudeste, apesar de em 1996 ter apresentado o melhor preenchimento (6,4%), em 2011 apresentou um percentual (94,6%) somente superior à Região Nordeste (92,2%). As regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram os melhores graus de preenchimento, perfazendo 97,3%, 97,0% e 96,7%, respectivamente (Tabela 1).

A análise do preenchimento da variável raça/cor referente às mortes por causas externas evidenciou que a Região Sudeste, apesar de em 1996 ter apresentado o melhor grau de preenchimento (7,8%), em 2011 sua performance (95,4%) ficou acima apenas da Região Nordeste (90,9%). Em 2011, as regiões Sul, Centro-Oeste e Norte apresentaram o melhor grau de preenchimento, perfazendo 98,4%, 97,3% e 97,2%, respectivamente (Tabela 2).

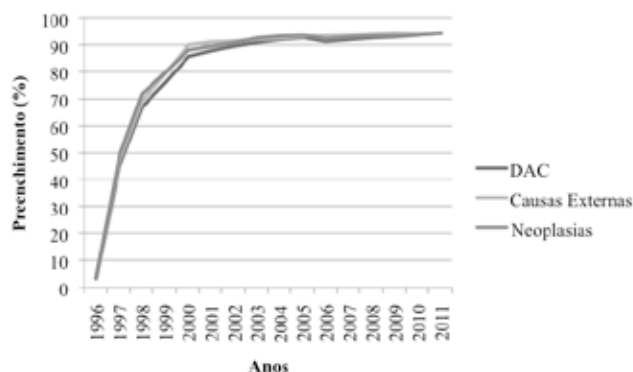
Assim como nas demais causas de óbitos observadas, o preenchimento da variável raça/cor, tomando-se como parâmetro os óbitos por neoplasias (tumores), aumentou progressivamente nos anos investigados. Contudo, é válido ressaltar que, diferentemente dos óbitos por doenças cardiovasculares e por causas externas, a completude da variável raça/cor nos óbitos por neoplasias, em 2011, foi melhor nas regiões Sul e Norte, haja vista essas duas regiões terem evoluído de 0 a 0,2%, respectivamente, em 1996, para 97,1% em 2011 (Tabela 3).

**Gráfico 1.** Preenchimento (%) da variável raça/cor para as principais causas de mortes no Brasil (Doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias) entre 1996 e 2011



A análise por grandes regiões evidenciou que, no geral, as mortes por causas externas apresentaram percentuais de preenchimento da variável raça/cor um pouco mais elevados em relação às outras causas de morte, com exceção do Nordeste, cujo maior

**Gráfico 2.** Preenchimento (%) da variável raça/cor para as principais causas de mortes no Brasil (Doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias) entre 1996 e 2011.



percentual de preenchimento foi para as neoplasias (Tabela 4).

A análise do preenchimento da variável raça/cor para todas as causas de óbitos, por unidades da federação, no ano de 2010, mostrou Alagoas, Acre e Rio Grande do Norte, respectivamente, como os estados de menor grau de preenchimento. Dos nove estados nordestinos, seis apresentaram percentuais menores que os observados para o Brasil para as três causas (dados não mostrados). Em 2011, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal e Pará tiveram melhor preenchimento da variável raça/cor, e Bahia, Espírito Santo, Alagoas e Acre tiveram pior desempenho. Observou-se também que, dentre as unidades da federa-

ção dos dez estados com melhor percentual de preenchimento, quatro (Pará, Maranhão, Tocantins e Amazonas) pertencem ao eixo Norte-Nordeste, mas dentre os estados com pior grau de preenchimento, oito estão situados também nesse mesmo eixo (Tabela 4).

## Discussão

Todas as análises mostraram que o preenchimento da variável raça/cor, segundo as causas selecionadas neste estudo, foi lento nos cinco primeiros anos da série, mas com gradual aumento e estabilidade nos anos subsequentes. Esse comportamento possivelmente se deveu a alguns ajustes necessários para a inclusão dessa variável nos sistemas de informação, como por exemplo a conscientização e o treinamento dos profissionais de saúde. Era esperado que, no período de 15 anos, todas as regiões do Brasil já tivessem alcançado 100% de preenchimento da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade, mas não se pode deixar de considerar que os percentuais alcançados já representam um grande avanço.

Considerando-se que o Ministério da Saúde se respalda nos dados do SIM para a tomada de decisão em várias áreas da assistência à saúde<sup>5</sup> e que esse sistema de registro permite a caracterização epidemiológica da mortalidade por todas as causas de óbito, o preenchi-

**Tabela 1.** Percentual de preenchimento da variável raça/cor segundo a notificação de óbitos por doenças do aparelho circulatório entre 1996 e 2011, no Brasil e Grandes Regiões.

Ano	Região	Total de óbitos	Ignorado por raça/cor	Preenchimento (%)
1996	<b>Brasil</b>	<b>249.613</b>	<b>240.548</b>	<b>3,6</b>
	Região Sudeste	141.498	132.458	6,4
	Região Norte	7.017	7.014	0,0
	Região Sul	47.184	47.172	0,0
	Região Nordeste	41.201	41.193	0,0
	Região Centro-Oeste	12.713	12.711	0,0
2011	<b>Brasil</b>	<b>335.213</b>	<b>17.924</b>	<b>94,7</b>
	Região Sul	54.579	1.496	97,3
	Região Norte	15.268	465	97,0
	Região Centro-Oeste	20.479	683	96,7
	Região Sudeste	158.472	8.497	94,6
	Região Nordeste	86.415	6.783	92,2

**Tabela 2.** Percentual de preenchimento da variável raça/cor segundo a notificação de óbitos por causas externas entre 1996 e 2011, no Brasil e Grandes Regiões.

Ano	Região	Total de óbitos	Ignorado por raça/cor	Preenchimento (%)
1996	<b>Brasil</b>	<b>119.156</b>	<b>114.188</b>	<b>4,2</b>
	Região Sudeste	63.156	58.224	7,8
	Região Norte	5.851	5.848	0,1
	Região Centro-Oeste	9.018	9.009	0,1
	Região Sul	17.749	17.728	0,1
	Região Nordeste	23.382	23.379	0,0
2011	<b>Brasil</b>	<b>145.842</b>	<b>7.604</b>	<b>94,8</b>
	Região Sul	20.788	340	98,4
	Região Centro-Oeste	12.521	336	97,3
	Região Norte	12.205	336	97,2
	Região Sudeste	56.108	2.588	95,4
	Região Nordeste	44.220	4.004	90,9

Fonte: Datasus

**Tabela 3.** Percentual de preenchimento da variável raça/cor segundo a notificação de óbitos por neoplasias (tumores) entre 1996 e 2011, no Brasil e Grandes Regiões.

Ano	Região	Total de óbitos	Ignorado por raça/cor	Preenchimento (%)
1996	<b>Brasil</b>	<b>103.408</b>	<b>99.552</b>	<b>3,7</b>
	Região Sudeste	57.882	54.059	6,6
	Região Norte	3.246	3.240	0,2
	Região Centro-Oeste	5.299	5.290	0,2
	Região Nordeste	14.657	14.645	0,1
	Região Sul	22.324	22.318	0,0
2011	<b>Brasil</b>	<b>184.384</b>	<b>10.020</b>	<b>94,6</b>
	Região Norte	8.495	243	97,1
	Região Sul	36.150	1.062	97,1
	Região Centro-Oeste	11.329	485	95,7
	Região Sudeste	89.541	5.513	93,8
	Região Nordeste	38.869	2.717	93,0

Fonte: Datasus

**Tabela 4.** Percentual de preenchimento da variável raça/cor segundo a notificação de óbitos por Doença do aparelho circulatório, Neoplasias e Causas Externas, Brasil e Grandes Regiões e Unidades da Federação, 1996 e 2011.

Unidade da Federação	DAC		Neoplasias		Causas Externas	
	1996	2011	1996	2011	1996	2011
<b>Brasil</b>	<b>3,6</b>	<b>94,7</b>	<b>3,7</b>	<b>94,6</b>	<b>4,2</b>	<b>94,8</b>
<b>Região Norte</b>	<b>0,0</b>	<b>97,0</b>	<b>0,2</b>	<b>97,1</b>	<b>0,1</b>	<b>97,2</b>
Rondônia	0,0	96,2	0,3	96,9	0,0	97,2
Acre	0,0	82,8	0,8	80,5	0,6	77,3
Amazonas	0,2	96,5	0,2	97,5	0,0	98,7
Roraima	0,0	93,9	0,0	97,7	0,0	96,0
Pará	0,0	98,9	0,1	98,9	0,0	98,6
Amapá	0,0	95,4	0,0	96,7	0,0	95,3
Tocantins	0,0	97,1	0,0	96,2	0,0	96,8
<b>Região Nordeste</b>	<b>0,0</b>	<b>92,2</b>	<b>0,1</b>	<b>93,0</b>	<b>0,0</b>	<b>90,9</b>
Maranhão	0,0	97,4	0,0	95,7	0,0	98,7
Piauí	0,1	95,0	0,2	96,0	0,0	95,5
Ceará	0,0	94,9	0,0	94,5	0,0	74,5
Rio Grande do Norte	0,0	87,2	0,0	90,4	0,0	89,9
Paraíba	0,0	91,5	0,0	92,8	0,0	94,0
Pernambuco	0,0	96,1	0,1	94,9	0,0	93,7
Alagoas	0,0	81,8	0,2	84,8	0,0	93,1
Sergipe	0,0	93,3	0,0	94,5	0,1	99,1
Bahia	0,0	87,5	0,2	90,9	0,0	93,5
<b>Região Sudeste</b>	<b>6,4</b>	<b>94,6</b>	<b>6,6</b>	<b>93,8</b>	<b>7,8</b>	<b>95,4</b>
Minas Gerais	0,1	90,3	0,1	88,9	0,1	95,2
Espírito Santo	0,0	83,8	0,0	83,9	0,0	87,9
Rio de Janeiro	0,0	98,5	0,0	98,3	0,1	96,3
São Paulo	12,4	95,6	12,1	94,7	14,8	96,1
<b>Região Sul</b>	<b>0,0</b>	<b>97,3</b>	<b>0,0</b>	<b>97,1</b>	<b>0,1</b>	<b>98,4</b>
Paraná	0,0	96,7	0,1	95,9	0,2	98,2
Santa Catarina	0,0	97,7	0,0	98,1	0,0	98,6
Rio Grande do Sul	0,0	97,5	0,0	97,5	0,1	98,5
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>0,0</b>	<b>96,7</b>	<b>0,2</b>	<b>95,7</b>	<b>0,1</b>	<b>97,3</b>
Mato Grosso do Sul	0,0	99,3	0,2	99,3	0,2	98,7
Mato Grosso	0,0	98,6	0,5	97,6	0,1	98,5
Goiás	0,0	93,8	0,0	91,9	0,0	95,7
Distrito Federal	0,0	99,2	0,2	98,9	0,1	98,8

Fonte: Datasus



mento da variável raça/cor é uma estratégia importante para a avaliação de desigualdades em saúde entre segmentos populacionais e poderá auxiliar na redução da mortalidade por causas evitáveis<sup>21</sup>.

Estudos sobre desigualdades em saúde fundamentados nos sistemas de informação de mortalidade possibilitam revelar fatores associados a um perfil característico de causas de óbitos entre grupos, e a utilização da variável raça/cor consiste em uma importante ferramenta para análise das desigualdades em saúde<sup>17</sup> – neste caso, compreendida como um determinante social da ocorrência de óbitos na população<sup>8</sup>.

Tendo em vista o modelo de determinação social do processo saúde-doença em que os fatores individuais são influenciados pelas condições de vida e de trabalho, assim como por fatores mais amplos como condições socioeconômicas, culturais e ambientais<sup>4</sup>, e as desigualdades expressarem-se diferentemente em cada território<sup>15</sup>, é válida a investigação de diferenças entre grupos raciais étnicos, haja vista a própria Organização Mundial da Saúde admitir que a ocorrência de óbitos mantém estreita relação com as desigualdades sociais e econômicas entre as diversas regiões, populações e indivíduos de distintas classes sociais e grupos étnicos<sup>24</sup>. Considerando ainda que as doenças cardiovasculares, as neoplasias e causas externas correspondem às principais causas de morte no Brasil, a análise epidemiológica a partir da raça/cor da pele declarada nos sistemas de informação<sup>6</sup> possibilita evidenciar os diferenciais raciais relacionados aos perfis de morbimortalidade entre essas populações.

Entretanto, um dos grandes obstáculos e de magnitude expressiva que permeia as análises de mortalidade no Brasil é o sub-registro de óbitos. Em virtude do acompanhamento sistemático da ocorrência do evento, os dados diretos do SIM são considerados os mais fidedignos na avaliação dos eventos de mortes. Apesar disso, persiste a precariedade na completude e na qualidade das informações em algumas regiões<sup>11</sup>.

Alguns estudos<sup>11,12</sup> que analisaram os sistemas de informações sobre mortalidade tanto por causas externas quanto por causas naturais, incluindo os sistemas referentes às unidades básicas, constataram subnotificação de suas informações. Em todos os estudos, os autores propuseram a capacitação na precisão dos registros como estratégia essencial para a qualificação dos dados. Além disso, a utilização em conjunto de dife-

rentes bancos de dados poderá trazer ganhos significativos no diagnóstico mais preciso da saúde de determinada população.

A subnotificação e outras deficiências no registro dos dados fazem com que o sistema perca muito do seu valor como gerador de indicadores sanitários e sociais<sup>26,10</sup>. Contudo, para Cunha<sup>6</sup>, apesar das dificuldades no processo de conceituação, coleta e qualidade da informação, o grau de completude nacional do quesito raça/cor nas diversas fontes de dados aumentou expressivamente, e muitas ações têm se concentrado nessa perspectiva.

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, a proporção de registros sem anotação para raça/cor diminuiu de forma progressiva – de 13,6% em 1999 para 5,1% em 2001<sup>3</sup>. Araújo et al.<sup>2</sup>, ao estudarem os “Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas” de residentes em Salvador (BA), entre 1998 e 2003, também evidenciaram diminuição da subnotificação dos registros sobre raça/cor nos óbitos por causas externas.

Apesar de a Região Nordeste ter apresentado menor percentual de preenchimento da variável raça/cor para todas as causas estudadas, vale destacar o seu grande desempenho ao longo da série, principalmente se considerarmos, por exemplo, que em 1996 essa região teve 23.382 óbitos registrados por causas externas, mas apenas em três declarações de óbito havia preenchimento para a variável raça/cor, e em 2011 o preenchimento deste dado foi superior a 90%. Evidenciar que as regiões Sudeste e Nordeste tiveram a pior performance no registro de raça/cor nas três principais causas de óbitos no Brasil é uma informação importante para o estabelecimento de ações com vistas à superação dessa realidade.

Conforme as orientações do Ministério da Saúde, o campo raça/cor não admite a alternativa ignorada, e a categorização do campo não deve ser nunca decidida pelo médico, mas pelo responsável pelo falecido<sup>19</sup>. A partir da identificação da composição étnica, objetiva-se identificar os agravos que acometem as populações em condições de vulnerabilidade e dimensionar as desigualdades em saúde visando à promoção da equidade em saúde<sup>23</sup>.

Este estudo se limitou a analisar o preenchimento da variável raça/cor somente em um grupo selecionado de causas de morte e em apenas um sistema de informação em saúde, porém se faz necessária a realização

de outros estudos que ampliem essa avaliação para outras causas e sistemas de informação em saúde.

### Conclusão

A avaliação do preenchimento da variável raça/cor no Sistema de Informação sobre Mortalidade, tomando-se como base os registros de óbitos por doenças cardiovasculares, pelas causas externas e neoplasias por grandes regiões e unidades da federação do Brasil entre 1996 e 2011, revelou que o preenchimento dessa variável está sendo feito de forma sistemática e progressiva. Também revelou que há grande possibilidade de se alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde, que preconiza 100% de preenchimento em atendimento à demanda dos movimentos sociais organizados quanto à inclusão e ao preenchimento da variável raça/cor no SIM para a análise da dimensão das desigualdades em saúde.

Em relação às grandes regiões do país, o Sul apresentou maior percentual no preenchimento da variável raça/cor para todas as causas de morte analisadas no ano de 2011. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram os menores percentuais no decorrer do período.

Este estudo possibilitou conhecer os estados e regiões do Brasil onde ainda se fazem necessários melhor acompanhamento e conscientização dos profissionais de saúde, governo e sociedade sobre o preenchimento da variável raça/cor e as implicações de se optar pelo campo ignorado nos registros de mortalidade. Outros estudos poderão avaliar o preenchimento da variável raça/cor nos demais sistemas de informação em saúde.

### Referências

1. Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcellos MP. Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estud av.* 2004;18(50):119-123.
2. Araujo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):405-412.
3. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(5):630-636.
4. Buss P M, Pellegrini A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva.* 2007; 17(1):77-93.
5. Caetano R. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). In: Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília (DF); 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
6. Cunha EMGP. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra.* Petrópolis; 2012.
7. Duarte EC et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2002.
8. Fiorio NM, Smarzaró DC, Barbosa GC, Molina CB. Evolução do preenchimento da variável raça/cor no sistema de informação sobre mortalidade Vitória/ES de 1996 a 2005. *UFES Rev Odont.* 2008;10(1):19-26
9. Kabad JF, Bastos JL, Santos RV. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis Rev Saude Coletiva,* 2012;22(3): 895-918.
10. Medronho RA, Bloch KV. *Epidemiologia.* 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
11. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. I - Mortes por causas naturais. *Rev Bras. Epidemiol.* 2002;5(2):197-211.
12. Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD, Laurenti R. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento. II - Mortes por causas externas. *Rev Bras Epidemiol.* 2002; 5(2): 212-223.
13. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília (DF); 2009.
14. Ministério da Saúde. *Datasus. Informações de saúde: estatísticas vitais [base de dados na internet].* Brasília (DF);

- 2013; acesso em 13 abr 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>
15. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília (DF); 2006.
  16. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília (DF); 2010.
  17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil, 2005. Brasília (DF); 2005. Análise da morte violenta segundo raça/cor. P. 15-25
  18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF); 2010. Como morrem os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009 P. 22-50
  19. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília(DF): 2011.
  20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF); 2004.
  21. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) [base de dados na internet]. Brasília (DF); 2013; acesso em 27 fev 2013. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>
  22. Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estud av.* 2004;18(50):57-60.
  23. Oliveira M. Sobre a saúde da população negra brasileira. In: *Perspectivas em saúde e direitos reprodutivos*. São Paulo: MacArthur Foundation, 2001. p.8-12.
  24. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002. (WHO. Technical Report Series).
  25. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e pratica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
  26. Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Pública.* 1999;33(2):187-197.
  27. Soares Filho AM. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: Werneck J, Batista LE, Lopes F, organizadores. *Saúde da população negra*. Brasília(DF): ABPN, 2012.
  28. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública,* 2004;20(3):660-678.

# Violência, gênero e cor no Estado de São Paulo

## Violence, gender and colour in the State of São Paulo

Cláudio Celso Monteiro Júnior<sup>1</sup>

### Resumo

O presente trabalho discute a importância do registro das notificações de casos de violência no Sistema Nacional de Informação em Saúde (SIS). Considera violência como definido pela Organização Mundial da Saúde: o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação, que em suas mais diversas manifestações vem sendo compreendida como impactantes no perfil socioepidemiológico da sociedade. A inclusão desses eventos no rol dos agravos à saúde passíveis de notificação compulsória permite a coleta sistemática e a consolidação de dados, possibilitando a proposição de considerações sobre a ocorrência dos atos de violência relacionando-os a variáveis que envolvem tanto as vítimas quanto os agressores. Com base nos dados para o Estado de São Paulo, realiza-se a reflexão sobre as notificações registradas de violência e as variáveis de gênero e de cor.

**Palavras-chave:** Agravos de Notificação Compulsória, Vigilância em Saúde, Violência e Raça/Cor

### Abstract

This paper discusses the importance in the registration of violence case reports to the National Health Information System (SIS). Violence is defined by the World Health Organization as: either threat or real applying of physical force or power against oneself, another person, a group or community that results or might result in suffering, death, psychological harm, development harmed or deprivation, which has been understood as impacting on social and epidemiological profile in the society in its various manifestations. The inclusion of these events in the list of health problems subject to compulsory notification enables the systematic collection, data consolidation, and proposals for consideration of the occurrence of acts of violence relating them to variables, which involve both the victims and the perpetrators. Based on data for the State of São Paulo, it should be thought the reported cases of violence and the variables of gender and colour.

**Keywords:** Compulsory Notifiable Diseases Surveillance in Health, Violence and Race/Colour

<sup>1</sup> Cláudio Celso Monteiro Júnior (cmjunior@saude.sp.gov.br) é bacharel em Ciências Sociais, mestre em Ciências da Saúde, analista sociocultural da Secretaria de Estado da Saúde e coordenador do Núcleo de Vigilância em Violências e Acidentes da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac.

## Introdução

A compreensão de que os atos de violência – em que pesem todas as reflexões que o termo possa suscitar – sejam configurados como agravos à saúde, individual ou coletiva vem sendo alvo de estudos e análises sociais e epidemiológicas, que concomitantemente refletem e subsidiam a formulação e a reformulação de políticas públicas de seu enfrentamento, com especial destaque no campo da saúde.

Tentar definir “violência” na ótica da Saúde Coletiva, ainda que se incorra no risco do reducionismo, torna-se fundamental diante do amplo desafio da incorporação nas ações de enfrentamento das consequências dos atos de violência no universo das políticas públicas em saúde. Dessa forma, a definição de violência proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>14</sup> – o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação – pode ser compreendida como o construto operacional angular na proposição dessas políticas.

Longe de se constituir como agente de catalisação na operacionalização das políticas propostas, essa incorporação demanda um repensar contínuo das inter-relações pessoais com a inerente triangulação: vítima(s), agressor(es) e serviços de saúde. As características dos atos de violência como agravos à saúde, quando comparados aos agravos “clássicos” (doenças provocadas por agentes patogênicos ou não transmissíveis, como o diabetes e a hipertensão), impõem aos profissionais de saúde a premência na reformulação dos paradigmas que vêm norteando as práticas em saúde, de forma processual, ainda que descontínua. Conforme Minayo e Souza<sup>9</sup>:

(...) entendemos que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural. Ele se impôs e assim o fez por muitos fatores. Em primeiro lugar, apresentou-se dentro dos limites dos conceitos biomédicos (...). A consideração do tema da violência nos diversos espaços do setor saúde, no Brasil, se fez de forma fragmentada e progressiva. Primeiro tomaram consciência do problema os epidemiologistas e os psiquiatras (p. 8).

A proposição de políticas públicas referentes ao enfrentamento da violência, no campo da legitimidade conferida pela legislação contemporânea, vem priori-

zando grupos socialmente tidos como mais vulneráveis quanto à concentração presumível de pessoas vivendo em situação de violência, como crianças e adolescentes, nos termos da lei federal n. 8.0694, de 13 de julho de 1990 ; idosos, referenciando-se neste caso a lei federal n. 1.07412 de 1º de outubro de 2003 ; e particularmente mulheres.

Os atos de violências contra mulheres, com destaque para a violência sexual, vêm sendo objeto de notificação compulsória desde 1998, com a publicação da *Norma Técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*, havendo, ao longo desse período, diversos dispositivos institucionais que preveem a notificação compulsória desses atos: lei federal n. 10. 778<sup>1</sup>, de 24 de novembro de 2003<sup>IV</sup> ; portaria do Ministério da Saúde n. 2.406<sup>12</sup>, de 5 de novembro de 2004<sup>V</sup>; e finalmente a lei federal n. 11.340<sup>3</sup>, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha).

A paulatina e crescente complexidade dos fatores que envolvem os atos de violência doméstica, sexual e outras violências demandou a estruturação de ações efetivas de Vigilância Epidemiológica contra violências. Dessa forma,

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das violências e acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), atendidos em unidades de urgência e emergência. No início, o VIVA Inquérito foi realizado anualmente (2006-2007) e, a partir, de 2007, passou a ser periódico (...) o VIVA Inquérito foi realizado no ano de 2011, em 25 capitais, no Distrito Federal e em 11 municípios selecionados, num total de 105 serviços de urgência e emergência<sup>13</sup> (p. 23).

Atualmente, o VIVA é compreendido por dois componentes, uma vez que o VIVA Inquérito subsidiou a implantação de um sistema contínuo de notificação e investigação de casos individuais de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, associado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O advento da portaria MS n. 104/2011<sup>10</sup>, por sua vez, ao conferir compulsoriedade à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, estendeu a obrigatoriedade da notificação a todos os serviços de saúde. No estado de São Paulo, as articulações técnicas e institucionais quanto ao cumprimento das



determinações do Ministério da Saúde estão sob responsabilidade do Núcleo VIVA SP, da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac, da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde, o qual monitora os indicadores referentes aos acidentes e atos de violência definidos no âmbito estadual.

Implantada em todo o território por meio da portaria MS n. 104/2011<sup>12</sup>, a Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências é composta por 71 questões, que pretendem registrar não apenas a ocorrência em si e suas circunstâncias, mas também dados que busquem caracterizar socioepidemiologicamente tanto a vítima quanto o agressor. Tal é o caso da pergunta referente ao campo 13 da Ficha de Notificação/Investigação: Raça/Cor (da vítima). Neste particular, o SINAN ao prever em suas fichas de notificação a coleta do quesito “raça/cor”, segue o critério adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): registro do quesito por meio da autodeclaração mediante a apresentação, pelo profissional coletante à pessoa atendida, das categorias: branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorada.

O Manual Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências<sup>10</sup> assim orienta a coleta do quesito raça/cor:

*Raça/cor:* preencher o quadrículo com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa atendida/vítima: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela ou oriental); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa atendida/vítima que se declarou morena, mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considera-se nesta categoria a pessoa atendida/vítima que se declarou indígena ou índia). No caso da pessoa atendida/vítima que se declarou quilombola, anotar o nome do quilombo<sup>10</sup> (p. 27).

A associação entre o processo saúde-doença e a condição étnica/cor do indivíduo tem sido considerada como um dos determinantes sociais do adoecimento, de acesso aos serviços de promoção, de atendimento e recuperação da saúde. Vem sendo objeto de análise por parte de epidemiologistas e cientistas sociais ao longo das últimas décadas. Segundo Lopes:

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados. **No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade**<sup>7</sup> (p. 2, sublinhado no original).

AA inclusão do registro do quesito raça/cor nas fichas integrantes do SINAN vem possibilitando o desenvolvimento de análises sociais e antropepidemiológicas reveladoras de aspectos importantes das maiores vulnerabilidades e riscos aos quais determinados grupos “étnicos” podem estar sujeitos, ainda que tais riscos associem-se intrinsecamente às condições de vida das classes sociais nas quais eles estejam inseridos. A discriminação histórica a que estão sujeitos indivíduos socialmente considerados “pretos”, “pardos” ou “indígenas” pode interferir nos indicadores de saúde, inclusive nos relativos aos agravos de notificação compulsória.

### Breve histórico da coleta do quesito raça/cor

O primeiro censo demográfico realizado no Brasil, em O primeiro censo demográfico realizado no Brasil, em 1872, já previa a coleta de dados referentes à “raça” do recenseado. Naquela ocasião, foram predefinidas quatro categorias: branco, preto, pardo e caboclo, esta última categoria destinada à contabilização das populações indígenas aldeadas ou não. Vale dizer que o recenseamento diferenciava a população livre da escrava. Enquanto na população livre os próprios recenseados autodeclaravam sua raça, os escravos eram declarados “pretos” ou “pardos” (não havia a opção “caboclo” ou “branco”) por seus proprietários. O segundo censo, já no primeiro ano da República Velha e coordenada pela Direção Geral de Estatística em 1890, num Brasil oficialmente sem escravos, substituiu a categoria “pardo” por “mestiço”.

O censo de 1940, coordenado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), criado em 1936, substituiu o conceito de “raça” pelo de “cor”, promovendo a tipificação dérmica em detrimento da ancestralidade étnica. Nessa ocasião, foram predefinidas três categorias: “branca”, “preta” e “amarela”. Há nessa redução alguns aspectos importantes: a supressão da categoria “caboclo” pode ser associada à criação do Serviço de Proteção ao Índio em 1910, órgão responsável também

pelo controle censitário das aldeias. Não se considerava, portanto, a hipótese de “índios” ou “caboclos” vivendo fora dos aldeamentos. Também nessa ocasião os recenseadores foram orientados a anotar designações auto-referidas como “pardo”, “mestiço”, “mulato” e outras, na forma de dois traços horizontais contíguos no espaço do questionário destinado à anotação do quesito “cor”. A introdução da categoria “amarela” deve-se, sobretudo, à massiva imigração nipônica ocorrida a partir de 1908. Curiosamente, tal categorização foi utilizada apenas no único censo realizado durante o Estado Novo, uma vez que os censos de 1950 e 1960 voltaram a utilizar as quatro categorias: “branco”, “preto”, “amarelo” e “pardo”. O primeiro censo realizado pela ditadura militar, em 1970, simplesmente eliminou a coleta do quesito “cor”, que foi reintroduzida em 1980, mas apenas nos questionários amostrais. No censo de 1991 o quesito foi tipificado, pela primeira vez, como “raça ou cor”, sendo então definidas as categorias até hoje em voga: “branco”, “preto”, “pardo”, “amarelo”, “indígena”.

Dessa forma, consolida-se um modelo de classificação baseado, sobretudo, no reconhecimento do indivíduo de se autoclassificar em critérios antes dermocrômicos do que raciais, em termos etnológicos. O sentimento de “pertencimento” a um determinado grupo sociocultural, com delineamentos mais ou menos tênues, e suas implicações no processo de interação com os agravos à saúde (incluindo-se à vulnerabilidade aos atos de violência), é subjulgado a critérios de biotipicidade. Uma criança ocidental, eventualmente adotada por uma família oriental, identificar-se-á pelos critérios dermocrômicos como da “cor branca”, “da cor preta” ou “da cor parda”, conforme o caso, embora sua vida seja permeada de fatores de risco de agravos à saúde concernentes ao meio cultural da etnia de sua família. Dificilmente um indivíduo nessas condições se autodeclarará como da “cor amarela”, embora etnicamente o seja.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar algumas considerações referentes aos casos notificados de violência doméstica, sexual ou outras violências no estado de São Paulo, analisando sua distribuição segundo características da população atingida: raça/cor, sexo e porte do município de residência.

## Metodologia

Os dados apresentados neste trabalho referentes à

notificação/investigação de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências provêm do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, consolidados pela instância gerencial do na esfera estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) em São Paulo.

Esclarecemos que tais dados não compreendem os casos de violências havidos no município de São Paulo (capital do estado e maior metrópole do país), uma vez que, em detrimento da compulsoriedade conferida à notificação dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências pela portaria MS n. 104/, o município de São Paulo não utiliza, até o presente, a ficha de notificação definida pelo Ministério da Saúde, não vindo, portanto, a alimentar os bancos de dados do SINAN.

Quanto ao estabelecimento de indicadores referentes à notificação de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, há que se considerar a dificuldade metodológica inicial para a conceituação do que seriam “taxas de incidência” desse agravo, uma vez que somente poderíamos utilizar com propriedade o conceito de “taxa de incidência” caso soubéssemos o número absoluto de casos dessas violências havidos em uma população (ou grupo populacional) em determinado período, tomando-se por denominador o total de indivíduos dessa mesma população ou grupo. No entanto, o universo representado pelo somatório de casos, especificamente nessa conjuntura, refere-se aos casos notificados/investigados (em outras palavras, casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências acessados pelo sistema de notificação/investigação) e não ao número de eventos efetivamente ocorridos. Nesse sentido, discussões havidas no âmbito institucional apontam para o conceito de razão de notificação (por cem mil habitantes), termo também adotado neste trabalho.

Serão apresentadas, portanto, as proporções de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo raça/cor, sexo e porte de município, além da distribuição desses casos segundo as mesmas variáveis. Também serão discutidos aspectos referentes à implantação do quesito raça/cor na ficha de investigação que alimenta o SINAN.

## Resultados

A introdução recente dos casos de violência doméstica sexual e/ou outras violências no rol dos agravos à saúde de notificação compulsória vem se desenvolvendo de modo processual, associada ao Sistema Nacional

de Informação em Saúde (SIS), possibilitando a avaliação desse processo.

Dos 645 municípios do estado de São Paulo, 349 (54,10%) notificaram/investigaram pelo menos um caso de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em 2011. As diferentes razões de notificação nos municípios paulistas encontram-se expressas na Figura 1.

No estado de São Paulo, composto por 645 municípios, há que se considerar a heterogeneidade destes entre si no que tange ao porte, definido pelo IBGE na seguinte escala: Municípios de Pequeno Porte 1, até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2, até 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte, até 100.000 habitantes; Municípios de Porte Grande, até 900.000 habitantes; Metrôpoles, acima de 900.000 habitantes. Tal escalonamento reflete-se no estado de São Paulo conforme a Tabela 1.

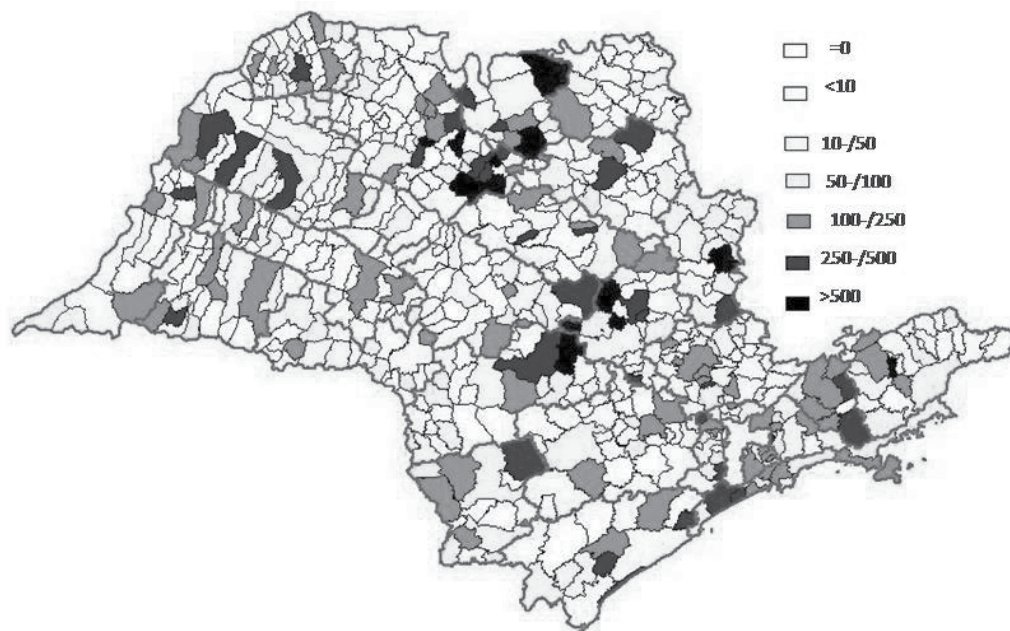
Dessa forma, na mesma unidade federada coexistem municípios como Borá (805 habitantes, em 2011) e a capital paulista, com mais de 11 milhões de habitantes. Tal heterogeneidade reflete-se na notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, conforme a Tabela 2.

Enquanto a razão de notificação no estado de São Paulo, no ano de 2011, foi de 106,3 por 100.000 habitantes, os municípios de pequeno porte apresentaram valores inferiores a 80. No extremo oposto, as metrôpoles apresentaram razão de notificação de 168,5 por 100.000 habitantes.

Dos 521 municípios de pequeno porte, 289 (55,5%) apresentaram razão de notificação igual a zero, o que nos leva a categorizá-los como municípios não notificantes. O mesmo ocorreu em seis (12,1%) dos 49 municípios de médio porte e em apenas um (1,4%) dos municípios de grande porte.

Plausivelmente, podemos afirmar que, de modo geral, em municípios de pequeno porte, os espaços de sociabilidade colocam os indivíduos em situações de visibilidade múltipla (o que equivale a dizer que “todos se conhecem”). Dessa forma, a sobreposição das redes de relações sociais coloca o profissional e o serviço notificante em situações de exposição ante os atores envolvidos no ato de violência, o que faz com que muitos serviços e profissionais deixem de notificar e investigar o caso devido às inerentes derivações e implicações que essa notificação/investiga-

**Figura 1** – Razão de notificação de casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por município – Estado de São Paulo, exceto o município de São Paulo, 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP [Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Centro de Vigilância Epidemiológica Dr. Alexandre Vranjac, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo-Sistema de Informação de Agravos de Notificação (DDCNT/CVE/CCD/SES-SP)-Sinan Net].

ção irá desencadear e seus respectivos impactos em meios microsociais.

Dos 31.408 casos notificados/investigados de violência doméstica sexual e/ou outras violências em 2011, 21.034 casos (66,97%) incidiram sobre mulheres, de todas as faixas etárias, obtendo-se as razões de notificação apresentadas na Figura 2.

Se por um lado os dados expostos apontam para maior vulnerabilidade da mulher em todas as faixas etárias, por outro há que se considerar também que a estru-

turação dos serviços e redes de serviços de atenção às pessoas em situação de violência ocorre, historicamente, muito em razão das demandas geradas pela legislação protetiva às mulheres (de todas as faixas etárias) havidas nas últimas décadas. Tal fator talvez tenha gerado uma cultura de atenção à mulher em situação de violência, já relativamente rotinizada nos serviços, rotinização esta que inclui a notificação do caso. Desse modo, constata-se que em 87 municípios (24,9% do total dos 349 municípios notificantes em 2011 ou 13,48% do total dos

**Tabela 1** – Número de municípios e população segundo o porte do município – Estado de São Paulo, 2011.

Porte	Municípios		População	
	N	%	N	%
Pequeno Porte 1	399	61,9	3.100.601	7,5
Pequeno Porte 2	122	18,9	3.985.211	9,6
Médio Porte	49	7,6	3.429.356	8,25
Grande Porte	72	11,2	17.428.272	41,9
Metrópole	03	0,5	13.636.255	32,8
TOTAL	645	100,0	41.579.695	100,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**Tabela 2** – Distribuição da população e dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências e razão de notificação por 100.000 habitantes, segundo o porte do município de ocorrência – Estado de São Paulo (exceto município de São Paulo), 2011.

Porte	Municípios		População		Razão
	N	%	N	%	
Pequeno Porte 1	3.100.601	10,5	2.433	7,8	78,5
Pequeno Porte 2	3.985.211	13,5	2.856	9,1	71,7
Médio Porte	3.429.356	11,6	3.665	11,7	106,9
Grande Porte	17.428.272	59,0	19.747	62,9	113,3
Metrópole*	1.606.260	5,4	27.07	8,6	168,5**
TOTAL	29.549.700	100,0	31.408	100,0	106,3**

\*Exceto o município de São Paulo.

\*\* A população do município de São Paulo foi excluída do denominador da razão.

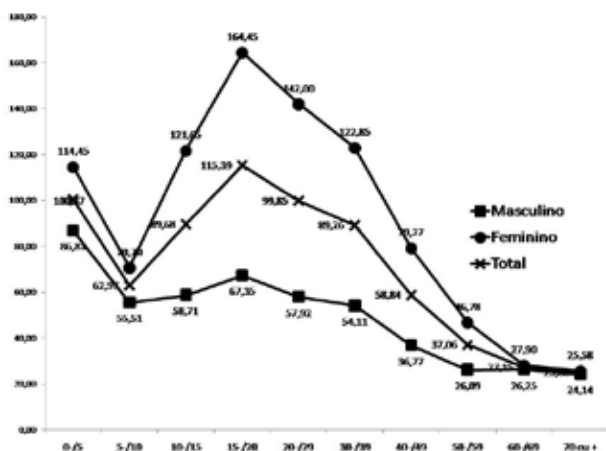
Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.



municípios do estado) os casos de violência cometidos contra mulheres compreendeu a totalidade (100%) dos casos notificados/investigados (ver Figura 3).

Embora possamos identificar, no estado de São Paulo, entre os anos de 2010 e 2012, um discreto aumento percentual do número de casos de violências notificados em homens (os percentuais de casos notificados de violência contra homens foram respectivamente de 30% em 2010 e 33% em 2011, contra 70% em 2010 e 67% em 2011, em mulheres), há indubitável predomínio da notificação de casos de violência contra mulheres. É consequência talvez, como já apontamos, da priorização desse grupo quando da definição das atuais políticas públicas de atenção às pessoas em situação de violência, ainda que se destaque a maior vulnerabilidade das mulheres no tocante às violências doméstica e sexual. A análise dos dados advindos da última edição do VIVA Inquérito (2011) aponta para a corroboração dessa possibilidade, uma vez que os dados apresentados nesse caso antagonizam-se com os dados referentes ao VIVA Contínuo no estado de São Paulo, uma vez que, no caso do VIVA Inquérito, o percentual de casos de violência notificados/investigados em homens foi de 64,75% (35,10% entre mulheres e 0,15% sem informação), ou seja, o inverso do verificado no estado de São Paulo em 2011.

**Figura 2** – Razão de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências por sexo e faixa etária – Estado de São Paulo (exceto o município de São Paulo), 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

Segundo dados do Censo 2010, 70,7% dos habitantes paulistas se autodeclararam da “cor branca”, 22,8%

da “cor parda”, 4,4% da “cor preta”, 1,2% da “cor amarela” e 0,2% indígenas, conforme a Tabela 3. Ressalta-se que apenas 5,1% da população indígena brasileira residem no estado de São Paulo. O somatório dos autodeclarados da “cor parda” e da “cor preta”, perfazendo o total de 27,2% da população paulista, coloca esse estado em posição diferenciada em comparação com a população nacional, cujo somatório é 55,2%.

Os dados advindos do SINAN, através das fichas de notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências expressos na Tabela 4, referem-se aos dois anos índices na série histórica das notificações de 2010 e 2011, o último ano da não obrigatoriedade e o primeiro da compulsoriedade da notificação do agravo, respectivamente.

Os expressivos percentuais de casos nos quais o quesito raça/cor consta como “ignorado”, os quais variam de 14,16% a 18,77%, demandam algumas considerações quanto às circunstâncias nas quais a notificação é realizada, geralmente associada ao atendimento à vítima, que por sua vez encontra-se fragilizada física e emocionalmente, fatores estes que podem obstaculizar a coleta deste e de outros quesitos. Dessa forma, não raro, a notificação é realizada com base nos dados do registro do atendimento, transcritos para a ficha de notificação após a alta e dispensa da pessoa, impossibilitando a obtenção de dados não coletados.

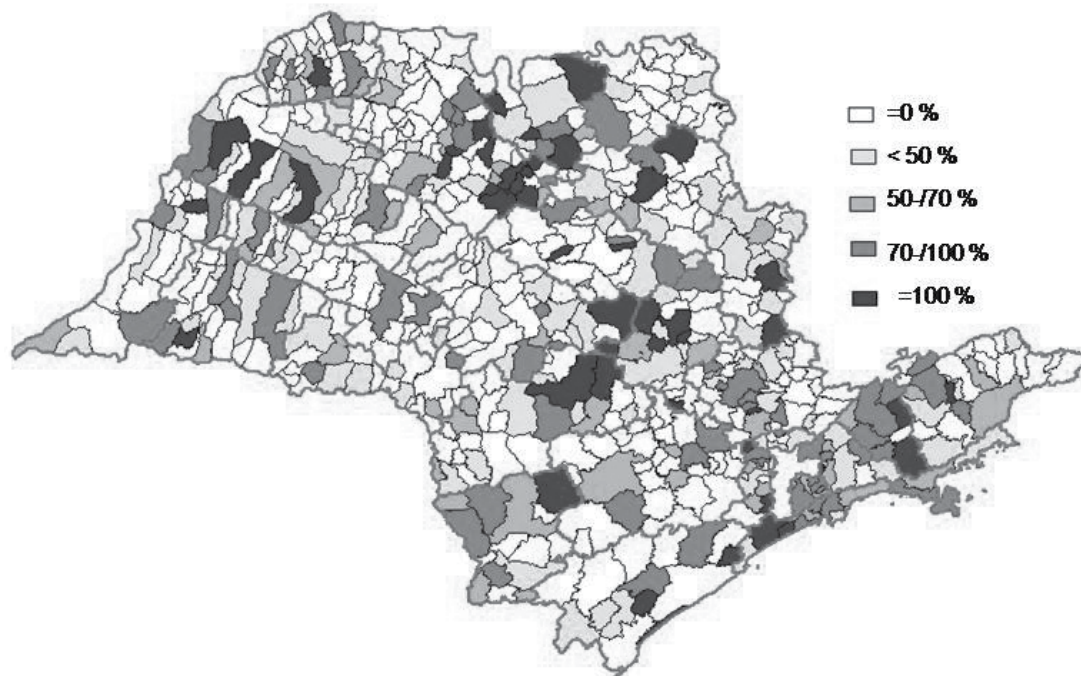
A expressiva superioridade das razões de notificação de casos de violência entre os autos declarados das cores “preta” e “parda” evidencia-se de modo indelével mediante o cálculo comparativo das razões de notificações entre as categorias do quesito raça/cor conforme a Tabela 5, de cujas bases de cálculos foram excluídos os percentuais de “ignorados” ou “sem informação”.

### Considerações finais

Os elementos apresentados no cenário delineado permitem algumas considerações que podem apontar para algumas conclusões. Primeiramente, a inclusão dos atos de violência entre os agravos à saúde considerados de notificação compulsória data de janeiro de 2011, e sua operacionalização vem se dando de modo paulatino, em diferentes ritmos de implantação, de acordo com as diferentes realidades locorregionais. Com efeito, 45,90% não procederam no ano de 2011 à notificação de nenhum caso de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, o que, em si, já pode ser considerado como uma importan-



**Figura 3** – Percentual de casos notificados de violência contra mulheres em relação ao total de casos notificados por municípios – Estado de São Paulo, 2011.



Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

**Tabela 3** – Distribuição da população pelo quesito raça/cor – Estado de São Paulo, 2010.

Raça/Cor	Total	%
Branca	26.185.687	70,7
Preta	1.627.276	4,4
Parda	8.546.718	22,8
Amarela	456.420	1,2
Indígena	63.789	0,2
Sem declaração	245.576	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>37.125.466</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo 2010.

te variável indicativa de que haja subnotificação de casos. Outro indicativo refere-se não à notificação em si, mas à qualidade do dado da notificação, posto que, conforme dados da Tabela 2, o percentual de fichas de notificação nas quais o quesito raça/cor consta como “ignorado” varia entre 14,16% e 18,77%.

A vulnerabilidade programática, no sentido da obstaculização do acesso aos serviços públicos, com especial

**Tabela 4** – Distribuição dos casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo raça/cor – Estado de São Paulo, 2010/2011.

	2010		2011	
	N	%	N	%
Branco	11.641	53,7	17.439	55,5
Preta	1.528	7,0	2.089	6,7
Parda	4.483	20,7	7.077	22,5
Amarela	92	0,4	151	0,5
Indígena	45	0,2	64	0,2
Ignorado	3.891	17,9	4.588	14,6
<b>TOTAL</b>	<b>21.680</b>	<b>100,0</b>	<b>31.408</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP-Sinan Net.

ênfase no que tange aos serviços públicos de saúde, referente às pessoas das cores “preta” e “parda”, uma das nuances do chamado “racismo institucional”, vem sendo objeto de análises e reflexões sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento e vitimização da pessoa. Lopes, nesse sentido, afirma:

Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo<sup>7</sup> (p. 2).

Em que pese os fatores que contribuem para a subnotificação, os dados aqui apresentados, embora apontem para maior notificação de casos de violência – em termos de números absolutos – entre os autodeclarados da “cor branca”, evidenciam, de acordo com as taxas de incidência, uma significativa superior exposição dos autodeclarados das cores “preta” e “parda” a fatores que os colocam em situações de violência. Fato este que, em detrimento de todas as dificuldades, espelha-se no perfil socioepidemiológico dos atos de violência passíveis de notificação compulsória no estado de São Paulo.

**Tabela 5** – Razão de notificação dos casos notificados/investigados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências pelo quesito raça/cor – Estado de São Paulo, 2010/2011.

Raça/Cor	2010			2011		
	N	População	R de notif.	N	População	R. de notif.
Branca	11.641	26.185.687	43,58	17.439	26.709.400	65,29
Preta	1.528	1.627.276	92,06	2.089	1.659.821	125,86
Parda	4.483	8.546.718	51,42	7.077	8.717.652	81,18
Amarela	92	456.420	19,76	151	465.548	32,43
Indígena	45	63.789	69,16	64	65.065	98,36

Fonte: Núcleo VIVA SP-DDCNT/CVE/CCD/SES-SP, IBGE e Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade).

### Referências

1. Brasil, Lei Federal nº 10. 778. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados [lei na internet]. Diário Oficial da União, 24 nov 2003 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)
2. Brasil, Lei Federal nº 10.741. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 1 out 2003 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)
3. Brasil, Lei Federal nº 11.340. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 7 ago 2006. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
4. Brasil, Lei Federal nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [lei na internet]. Diário Oficial da União, 13 jul 1990. [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Características étnico raciais da população : um estudo das classificações de cor ou raça. Brasília (DF), 2008.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo IBGE 2010. Brasília (DF), 2010.
7. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: I Seminário da População Negra [evento na internet]; 2004 [acesso em 3 set 2013]. São Paulo; 2004. Disponível em: [http://www.posafro.ufba.br/\\_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf](http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf)
8. Lopes F. Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade [monografia na internet]. Brasília; 2005 [acesso em 12 jun 2013] Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas\\_raciais/notas\\_tecnicas.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/notas_tecnicas.pdf)
9. Minayo MC, Sousa E. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública ? Ciênc Saúde Coletiva. 1999;4(1): 7-23.
10. Ministério da Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Brasília (DF); 2011.
11. Ministério da Saúde. Norma Técnica prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília (DF); 1998.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 2406. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação [portaria na internet]. Diário Oficial da União, 5 nov 2004 [acesso em 13 jun 2013]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004>.
13. Ministério da Saúde. Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011. Brasília (DF); 2013.
14. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde [monografia na internet]. Geneva, 2002 [acesso em 12 de jun 2013]. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/65818661/Relatorio-Mundial-sobre-violencia-e-saude>

# Direitos, políticas e práticas de atenção à saúde e sexualidade de jovens e adolescentes em instituições governamentais de privação de liberdade

## Rights, policies and practices regarding health and sexuality among young people and adolescents in government freedom privation institutions

Maria Helena Franco<sup>I</sup>, Vera Lúcia Simonetti Racy<sup>II</sup> e Maria Cecília Moraes Simonetti<sup>III</sup>

### Resumo

Jovens e adolescentes cumprindo medida socioeducativa de privação de liberdade em instituições brasileiras têm seu direito à saúde desrespeitado, em especial nas esferas da sexualidade, saúde sexual, saúde reprodutiva, drogadição e saúde mental. O artigo traz resultados de pesquisa qualitativa que incluiu entrevistas, tanto com adolescentes e jovens de 13 unidades do sistema de atendimento socioeducativo quanto com profissionais atuando nas instâncias de gestão, área técnica e área jurídica dessas unidades, situadas nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. A pesquisa integrou o projeto “Promovendo os direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes em conflito com a lei”, cuja implementação contou com a participação ativa de organizações dos movimentos sociais de defesa dos direitos humanos que atuam nessas regiões. Os resultados indicaram dificuldades de profissionais que trabalham na gestão, na área técnica e na área jurídica do sistema de atendimento socioeducativo em reconhecer a importância, a necessidade, a urgência e os próprios preconceitos para efetivar o direito à saúde desses e dessas jovens e adolescentes.

**Palavras-chave:** Sexualidade, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Saúde Mental, Sistema Socioeducativo, Adolescência

### Abstract

Young people and adolescents under legal freedom privation within social-educational system measure in Brazil don't have their sexual and reproductive rights respected, especially those regarding sexuality, sexual and reproductive health and rights, use of drugs and mental health. This paper addresses the results of a qualitative research which interviewed adolescents and youth living in thirteen units of socio-educational system, as well as decision maker, technical and legal staff of these units, at the North, Northeast, Midwest, South and Southeast Regions in Brazil. The study has been part of the project Promoting Sexual and Reproductive Rights of Adolescents In Conflict With the Law, implemented with the support of NGO and social movements advocating for human rights. The results indicate the difficulties the personnel working both at the legal system and the socio-educational units, have in recognizing the importance, necessity, urgency and their personal prejudices to deal with these rights.

**Keywords:** Sexuality, Sexual and Reproductive Health and Rights, Mental Health, Socio-Educational System, Adolescence

<sup>I</sup> Maria Helena Franco (lenafranco@usp.br) é mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e coordenadora de projetos e pesquisadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.

<sup>II</sup> Vera Lúcia Simonetti Racy (vera@ecos.org.br) é socióloga, mestre em Ciências da Comunicação: jornalismo pela Escola de Comunicações e Artes da Universidade

de São Paulo e sócia fundadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.

<sup>III</sup> Maria Cecília Moraes Simonetti (cecilia.simonetti.2010@gmail.com) é socióloga feminista, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, sócia fundadora da ECOS – Comunicação em Sexualidade.



### Direito à saúde e práticas de atenção

– Tu compra uma briga funcional se tu disponibiliza camisinhas nos dormitórios coletivos. E disponibilizam? – Não. E os garotos transam sem proteção? – Sim, tá? E tem casos de HIV? – Sim.

**E**sse diálogo entre uma participante da equipe técnica e a equipe do estudo dá o tom de omissão e negligência que ainda prevalece no sistema socioeducativo brasileiro sobre o direito à saúde de adolescentes e jovens vivendo em condições de privação de liberdade. Tal situação foi constatada durante uma pesquisa<sup>IV</sup> conduzida no âmbito do projeto “Promovendo os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de adolescentes em conflito com a lei”, realizado pela organização não governamental ECOS-Comunicação em Sexualidade, com o apoio da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2011 e 2012.

A pesquisa orientou-se por duas noções-chave: a saúde, um direito humano fundamental reconhecido na normativa nacional<sup>V</sup>, e a política de saúde, entendida como

ação ou omissão do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes<sup>7</sup>.

Os resultados do estudo indicam que, no Brasil, as práticas de atenção à saúde de adolescentes e jovens vivendo em condições de privação de liberdade nem sempre estão em conformidade com as diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase)<sup>1</sup> nem atendem às diretrizes das políticas do Ministério da Saúde nas áreas de saúde da mulher<sup>5</sup> e de enfrentamento da aids.

De modo geral e com variações importantes, as equipes de saúde das unidades socioeducativas eram compostas por assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos(as), médicos(as), técnicos(as) de enfermagem, psiquiatras e ginecologistas. Havia também variação no relacionamento com o Sistema Único de Saúde. Em Alagoas, um(a) gestor(a) considerou que o acesso ao SUS melhorou quando o atendimento passou a ser feito em unidades de saúde específicas, de referência: *E essas unidades de referência já sabem que nosso público tem prioridade*. Realidade bem

<sup>IV</sup> De um total de quarenta, foram visitadas 13 unidades de internação e internação provisória femininas nos estados de Alagoas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Pará, Pernambuco, Rio Grande do Sul e São Paulo, cobrindo as cinco regiões brasileiras. Foram feitas entrevistas individuais com 33 adolescentes e jovens cumprindo medida, internadas e em liberdade provisória, seis profissionais de equipes técnicas e 14 operadores de direito – juízes(as) e promotores(as). Entrevistas coletivas envolveram 76 profissionais do sistema socioeducativo e sete operadores(as) de direito.

<sup>V</sup> Convenção Americana sobre Direitos Humanos; Estatuto da Criança e do Adolescente; Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase); lei n. 12.594/2012, que institui o Sinase; portaria n. 340/2004, que dá as diretrizes para a atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; assim como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e os planos e programas de enfrentamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV/aids e hepatites virais, do Ministério da Saúde.



diferente foi encontrada noutros estados onde, para receber atendimento na rede pública, adolescentes e jovens enfrentam as filas de espera ainda presentes nos serviços de saúde.

A precariedade na atenção à saúde dessa população é agravada por outros fatores. Por exemplo: de um lado, nas palavras de um(a) técnico(a), *o carro da unidade é usado prioritariamente para o transporte de adolescentes às audiências judiciais*. De outro, o uso de algemas nas consultas ou exames médicos: *Já fui ao posto de saúde pra ir ao ginecologista. A gente vai algemada e na consulta fica um funcionário e uma enfermeira daqui. Fui bem tratada, mas dá vergonha*.

Para um(a) operador(a) de direito, é comum o conflito entre as regras da unidade socioeducativa e da unidade de saúde: *E aí o posto diz que algemado não entra, e certas unidades dizem que não tiram as algemas, e aí eles não se entendem*.

Ao chegar às unidades, adolescentes e jovens passam por uma triagem para identificar o estado de saúde de uma forma geral [...] do ponto de vista psicológico, nutricional, pedagógico, saúde bucal. Uma jovem entrevistada disse que, na unidade onde está internada, a médica mostra às garotas e discute com elas o resultado desses exames. No entanto, essa rotina nem sempre é cumprida: em outras unidades, elas mencionaram dificuldades no acesso aos resultados dos exames feitos na triagem. Somente em uma das unidades visitadas se investigavam situações de abuso e violência sexual nesse momento.

### Saúde reprodutiva

É sabido que o pré-natal diminui os riscos relacionados à gravidez, parto e puerpério<sup>6</sup>, e a pesquisa constatou que quando a gravidez é considerada de risco, busca-se atendimento especializado na rede pública, em hospital de referência. Porém, até o momento da pesquisa, havia uma grávida de mais de três meses que não tinha feito nenhum pré-natal, e outra, de sete meses, que fizera somente duas consultas.

Em São Paulo, capital, a unidade Chiquinha Gonzaga possui uma ala chamada Casa das Mães, para onde vão garotas grávidas a partir da 32ª semana. Depois do parto, os bebês ficam aí com elas. Na opinião de uma das mães, *a vida aqui é tranquila, é bom porque a gente está com os bebês, os bebês ficam com as mães [...] a não ser que as mães deem motivo*

*pra separar [...] aqui só teve um caso, da mãe que beliscava o bebê, tinha problema psiquiátrico*. No Mato Grosso do Sul, foram citados casos de garotas grávidas que viviam na rua e foram encaminhadas para a unidade como medida de proteção. Segundo a equipe técnica, *quando o juiz dá internação da menina grávida como proteção – ela está na rua – é porque aqui o bebê é mais bem assistido*.

Há diferentes interpretações sobre liberar ou abreviar o tempo de internação quando as garotas estão grávidas ou com bebês. Em Alagoas, havia empenho em liberá-las mesmo estando prestes a dar à luz. No Pará e em São Paulo, antes de sair elas precisam ser “trabalhadas” [...] *a Fundação não separa mãe e criança [...] não fechamos um caso só porque a menina teve a criança, mas porque ela já teve um trabalho, já sabe cuidar do bebê; a gente abrevia o tempo aqui, mas abrevia com responsabilidade*. Segundo um(a) operador(a) de direito em Pernambuco, *A criança não é um salvo-conduto. Eu já tive pressão, mais de uma vez, acho que umas duas ou três vezes, e aí eu, então, fechei o cerco, [...] se gerou um filho, vai pra casa? Se ficou grávida, vai pra casa? Então tem um filho e sai do sistema?*

Quanto ao aborto, na maioria das unidades foi dito que *Esse é um assunto que não costuma chegar*, ou então que *As gurias falaram, mas entre elas*. Segundo algumas equipes, logo na triagem perguntavam se já haviam feito aborto. Durante a pesquisa, ao indagar se as equipes informavam sobre a possibilidade de um aborto legal, caso a garota chegasse à unidade grávida devido à violência sexual, as respostas foram sempre evasivas.

### Saúde mental, drogadição e medicalização

A literatura sobre saúde mental, drogadição e medicalização nas unidades socioeducativas costuma trazer experiências sobre o uso de remédios tarja preta para “docilizar os corpos adolescentes”<sup>2</sup> – inclusive de adolescentes grávidas – por conta da abstinência de drogas e/ou algum tipo de sofrimento psíquico, como também por conta dos comportamentos considerados agressivos da parte de jovens questionadores(as), contestadores(as), inconformados(as) com o que veem/vivem nas unidades onde se encontram<sup>3</sup>.

Equipes técnicas de todos os estados referiram aumento das internações de garotas por comércio e uso de drogas, sobretudo o crack. Porém, seus relatos indicam dificuldades no cuidado: [aqui] *não tem*



Fotos: Maria Helena Franco.

*ninguém preparado pra atender numa crise de abstinência, nem a equipe de psicólogos sabe o que fazer nesses momentos; Quando a garota está muito agitada, irritada, agressiva, [a gente] leva na emergência e o médico passa medicação.*

No caso de jovens com transtorno mental, as equipes consideram sua permanência na unidade um obstáculo para a realização das atividades. Avaliam ser mais uma questão de saúde do que de aplicação de medida socioeducativa e acham que juízes(as) não sabem para onde encaminhar tais jovens, então as mandam para o sistema socioeducativo, como aconteceu com duas irmãs: [...] *na audiência elas quebraram toda a sala do juiz, [...] e aqui foi um horror, porque eram doidas, sem nenhum juízo, de comer vidro.*

Sobre o uso de remédios para “acalmar” os(as) adolescentes, depoimentos de garotas cumprindo medida são ilustrativos: *Teve uma menina que ficava babando, toda inchada de tanto remédio. Ela chegou aqui de boa, mas começou a dar trabalho e deram remédio pra ela; Tem um lugar fora daqui que a gente passa, o médico pergunta o que a gente tem, se tem insônia ele passa remédio, a maioria das meninas do meu módulo toma remédio pra dormir, chega 7, 8 horas da noite tá todo mundo dormindo.*

Profissionais entrevistados(as) em geral consideravam que psiquiatras *enchem muito de medicação*. Em uma entrevista, argumentaram que *seria muito mais fácil dopar uma menina pra não ter problema com*

*ela aqui, só que a gente tem que ter esse bom senso, essa postura ética pra menina sentir a experiência da perda da liberdade, pra que ela se questione e reflita.* Na pesquisa, quando essa questão foi posta a um(a) operador(a) de direito, o comentário foi: *Supõe-se que não existe remédio sem receita médica, e não vamos interferir porque não temos conhecimento técnico.*

Os cuidados em saúde mental na atenção básica do Sistema Único de Saúde têm crescido, sobretudo com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Entretanto, a articulação entre os estabelecimentos de medida socioeducativa e os Caps continua a merecer estudos, mesmo porque em São Paulo profissionais de saúde relataram que *a demanda é grande na região; a gente faz o contato, o encaminhamento, mas [a rede pública] não dá conta; ou então: se levássemos a maioria dos adolescentes ao Caps, não teriam como responder à demanda.*

O relato de uma boa experiência veio de um(a) gestor(a) em Alagoas, sobre a mudança na prática da medicalização ou *contenção química*, depois que o SUS integrou um(a) psiquiatra no quadro de profissionais do posto de saúde que funciona na unidade: [antes] *o menino pedia remédio para dormir, e o psiquiatra de fora, que não acompanha a rotina dos garotos, atende e passa a medicação. [...] Se você fosse remarcar, passava trinta, sessenta dias sem um retorno. Aí o menino fica tomando medicação sem ser avaliado? [...] Agora, o psiquiatra na unidade não fica só com a fala do garoto, só daquele momento.*

## Sexualidade

A sexualidade ainda é tabu no sistema de atendimento socioeducativo, e nas Varas da Infância e Juventude ela não está entre as prioridades<sup>vi</sup>. A opinião de um(a) operador(a) de direito é emblemática: tratar dessas questões com adolescentes cumprindo medida socioeducativa é *sofisticar o atendimento* [frente a] *demandas mais primárias* [como] *a falta de documentos e de escova de dente*.

Fatores socioculturais criam o contexto para que as preocupações se concentrem na atenção às garotas gestantes e seus bebês: *Nós temos uma formação preconceituosa e cheia de tabus. Talvez, por conta da nossa formação cultural, não temos esse cuidado na prática das fiscalizações. Temos preocupação com a gestação, mas não vejo outra situação*. Quando a preocupação com a sexualidade aparece, o cuidado vem mais pelo temor do contato das garotas com visitas que poderiam ser *más influências*, principalmente namorados e *maridos*, ou pelo viés da vitimização, principalmente relacionada à violência e exploração sexual.

## Abuso e violência sexual

Os depoimentos das garotas trouxeram vivências de abuso e violência sexual praticados pelo namorado, na primeira relação sexual. Muitas relataram histórias de violência desde a infância, praticadas pelo pai, padrasto, irmão, tio e amigo do pai. Em alguns casos, cometeram homicídio para cessar a situação de exploração. Duas irmãs por parte de mãe, recém-chegadas a uma das unidades, ainda estavam muito abaladas ao relatar que haviam matado o pai/padrasto porque ele estava de olho na irmã de oito anos, tinha abusado delas por anos seguidos e ameaçava matá-las e expulsar sua mãe de casa. Noutro estado, foi citado um caso semelhante de duas garotas cuja família obrigava-as a terem *uma vida sexual, uma delas era com um senhor de idade, enfim, havia um ganho familiar nisso*. [Elas] *acabaram por matar essas pessoas. Essa é uma cultura muito enraizada, principalmente no interior, quando homens mais velhos viram “mantenedores” de famílias por conta da exploração das meninas*.

<sup>vi</sup> A saúde sexual e reprodutiva está contemplada no artigo 60 do Sinase, que trata da atenção integral à saúde do(a) adolescente no Sistema de Atendimento Socioeducativo. A portaria n. 340, de 12 de julho de 2004, também identifica ações de assistência à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de ambos os sexos.

<sup>vii</sup> Portaria Interministerial 1.426, de 14 de julho de 2004.

Na percepção de integrantes de equipes técnicas, é como se houvesse um roteiro padrão para as vítimas de abuso de violência sexual: *O que é bastante pesado é a parte do abuso sexual pelo pai ou pelo padrasto e que leva ela a fugir de casa, depois vai pras drogas e depois aqui. Peguei uns dez casos nessa parte que chama mais a atenção*.

## Preservativos

A população adolescente em privação de liberdade é das mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), aids e hepatites virais, mas o Sinase omite, isto é, não menciona explicitamente a distribuição de preservativos como medida de prevenção e proteção como acontece na portaria interministerial n. 1.426<sup>vii</sup> e a na portaria n. 340<sup>viii</sup>. Todas as equipes técnicas admitiram a existência de interações sexuais. Houve relatos de epidemia de sífilis, de gonorreia em unidades femininas e masculinas, históricos de garotas e garotos com HIV/aids e, no entanto, o estudo constatou que a distribuição de preservativos masculinos não era uma prática regular, e a de camisinha feminina não existia.

As dificuldades na disponibilização de preservativos encontram-se associadas a posições conservadoras dos agentes do sistema. Em geral, garotos e garotas têm acesso ao preservativo masculino somente quando deixam a unidade ao final do cumprimento da medida ou quando têm permissão para visitar a família em alguns fins de semana – acontecimento que não era comum nem acessível a todos(as).

## Visita íntima

No Brasil, uma política pública de visita íntima para adolescentes em conflito com a lei e cumprindo medida socioeducativa de internação foi sancionada pela lei n. 12.594-Sinase, de 18/1/2012<sup>ix</sup>. Contudo, à exceção do Pará e de Alagoas, onde a visita íntima já havia sido anteriormente implantada na ala masculina – beneficiando 25% dos jovens internados em Alagoas –, ela não fazia parte de discussões, preocupações e procedimentos de operadores(as) de direito,

<sup>viii</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 340, de 14 de julho de 2004.

<sup>ix</sup> O artigo 68 assegura ao adolescente casado ou que viva, comprovadamente, em união estável o direito à visita íntima, havendo obrigatoriedade de o visitante ser identificado e registrado pela direção do programa de atendimento, que emitirá documento de identificação, pessoal e intransferível, específico para a realização da visita íntima.



gestores(as) e equipes técnicas, sobretudo em se tratando das garotas.

Nas entrevistas, era comum justificar a não implementação da visita íntima pela falta de espaço físico nas unidades. Porém, a pesquisa revelou entraves de ordem sociocultural. As resistências ao direito à visita íntima de jovens e adolescentes do sexo feminino apareceram por meio de relatos enfáticos, de visões conservadoras e preconceituosas relacionadas à sexualidade na adolescência. Em uma entrevista com profissionais da equipe técnica, ouviu-se que *A menina está cumprindo medida porque é bandida, é vagabunda. Aí, a gente vai ter que ficar ouvindo gemidos? Por sua vez, um(a) gestor(a) argumentou: O que ocorre é que normalmente o companheiro abandona, por isso que elas não têm a visita, apesar do direito.*

### Homofobia, lesbofobia

Abuso e violência sexual expressam relações de poder que estão na base das desigualdades sociais, entre elas as de gênero. Acontecem em contextos variados, nas casas, ruas e instituições, e muitas vezes em conexão com atitudes e práticas homofóbicas<sup>4</sup>. Um(a) operador(a) de direito mencionou que garotos mais frágeis correm risco de serem abusados sexualmente e que adolescentes travestis são vítimas de violência sexual nas unidades masculinas. Acrescentou que casos de homo e lesbofobia chegam ao conhecimento da administração, mas são *tolerados, e a percepção que prevalece é a de que ele é frango, então está gostando.*

O comentário de um(a) gestor(a) sobre garotos *afeminados* é digno de menção: *[O garoto] era totalmente feminino, até no modo de sentar. Ele queria se depilar, praticar esportes femininos, ele veio de outra unidade porque foi violentado lá. [Nesta nova unidade], não houve uma violência, houve uma separação até em respeito com todos. Este relato revela o quanto as práticas institucionais se distanciam das diretrizes do Sinase, em particular o artigo 35, que dispõe sobre a não discriminação do adolescente, notadamente em razão de etnia, gênero, nacionalidade, classe social, orientação religiosa, política ou sexual, ou associação ou pertencimento a qualquer minoria ou status. O adolescente, vítima da violência sexual, foi transferido para uma nova unidade onde, para evitar nova violência e até em respeito com todos, ficou isolado/separado da convivência com os outros garotos!*

Em São Paulo, as equipes técnicas destacaram a violência sexual vivenciada por garotas em situação de rua. Para driblá-la, elas adotavam a estratégia de se *tornar masculina*, incorporando trajes, posturas e comportamentos associados à masculinidade ocidental hegemônica. No entanto, essa estratégia às vezes não dava certo e resultava em *estupro corretivo*, cuja motivação é *ensinar garotas lésbicas a se tornarem mulheres.*

### Avanços e poréns

Eu comecei a fazer o grupo por conta do preconceito. Os comentários me incomodavam, as situações me incomodavam, a repressão era maior nas meninas. Por conta de uma relação homoafetiva, pegavam mais forte (profissional de saúde).

Essa fala foi produzida numa unidade feminina de São Paulo, a propósito de um grupo de conversa sobre sexualidade com as garotas. Tal iniciativa merece elogios, uma vez que nas unidades socioeducativas visitadas são raras as ações educativas sobre sexualidade, saúde reprodutiva, prevenção às DST e aids e orientação quanto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos. As unidades visitadas no Rio Grande do Sul se destacam igualmente por viabilizar às garotas o acesso a métodos contraceptivos. Foi também no estado gaúcho que um(a) operador(a) de direito determinou que a equipe técnica de uma unidade formasse um grupo de discussão sobre homossexualidade para definir regras e parâmetros. Essa decisão veio depois que a comissão de disciplina da unidade puniu de forma rigorosa uma garota que tinha em mãos um bilhete contendo uma *declaração homoafetiva.*

Muitos dos avanços encontrados não ocorrem sem “poréns”. Nas unidades gaúchas, a contracepção oral e injetável é retirada na rede pública, e o implante, pago pela Fundação de Atendimento Socioeducativo do Rio Grande do Sul - FASE, corre por via judicial. Porém, *tem que ter a concordância da garota, da mãe dela e da juíza.* Em Alagoas, um trabalho de orientação que incluía distribuição de camisinhas para garotos de 12 a 14 anos começou por causa de um surto de DST. Porém, para pegar o preservativo os garotos tinham que passar pela psicóloga da unidade. Em outro estado, ao final de uma *capacitação maravilhosa [para] trabalhar com educação sexual dentro das unidades*, a Secretaria de Saúde anunciou a implantação da visita íntima e distribuição de preservativos. Porém, o fato de não se ter



discutido a proposta durante a formação gerou um sentimento de resistência. Resultado: boicote à iniciativa.

### Considerações finais

Conceitos e práticas conservadoras relativamente à sexualidade na adolescência, desigualdades de poder quanto a gênero, preconceitos e discriminação em função de orientação sexual, atenção à drogadição e à saúde mental centrada na medicalização excessiva são fatores socioculturais que obstaculizam a implementação de políticas públicas atentas aos direitos humanos e justiça social. A eles, somam-se ruídos na comunicação entre os sistemas socioeducativo e de saúde, criando um cenário de desrespeito ao direito humano fundamental à saúde de jovens e adolescentes que estão em situação de privação de liberdade no sistema socioeducativo.

### Referências

1. Brasil. Presidência da República. Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos/CONANDA; 2006.
2. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação [monografia na internet]. Brasília (DF);2010 [acesso em 23/11/2103]. Disponível em: [http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Doc\\_Ref\\_MSE\\_UL.pdf](http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Doc_Ref_MSE_UL.pdf)
3. Fidelis N. De FEBEM a Fundação Casa. Rev Forum [periódico na internet]. 2012 [acesso em 21/10/2012]. Disponível em: <http://revistaforum.com.br/blog/2012/06/de-febem-a-fundacao-casa/>
4. Franco MH. (coordenadora). Direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens em conflito com a lei: contribuições para o debate e ações. ECOS – Comunicação em Sexualidade [publicação na internet]. São Paulo; 2012 [acesso em 10/11/2013]; pag. 72. Disponível em: <http://monitoramentocedaw.com.br/wp-content/uploads/2013/08/JovensSIT.pdf>
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2011.
6. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad. Saúde Pública. 2011;27(4):623-638.
7. Paim JS e Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Rev Saúde Pública. 2006; 40 N° Esp:73-8.





# Violência doméstica contra crianças e adolescentes no contexto brasileiro: discussão a partir de dados da literatura

## Domestic violence against children and adolescent in the Brazilian context: discussion from the literature's data

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo<sup>1</sup>

### Resumo

A compreensão e o conhecimento da experiência emocional de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica se torna cada vez mais relevante, em razão do número crescente de casos e das sérias consequências que o fenômeno acarreta ao processo de desenvolvimento e à saúde física e mental das vítimas.

Além disso, trata-se de problemática com deletérios efeitos sociais, tais como inadaptação escolar e repetição de atos violentos em cadeia, dentre outros. O artigo traz uma breve revisão de trabalhos desenvolvidos no Brasil, nos últimos anos (em diferentes bases de dados), que revelam a dificuldade das estatísticas dos casos de crianças e adolescentes vítimas de violência no contexto familiar. Se, por um lado, há mais estudos que analisam as condições de vida dessas crianças e adolescentes, com suas graves consequências e danos, por outro, existem trabalhos que apontam a existência de programas de enfrentamento do problema. Porém, estes ainda se mostram pouco suficientes, e todos os autores são unânimes em alertar para a necessidade de que toda a sociedade enfrente o fenômeno, de forma integrada, e que se unam esforços na tarefa de identificar, conhecer e compreender essa realidade, embasando medidas preventivas e interventivas.

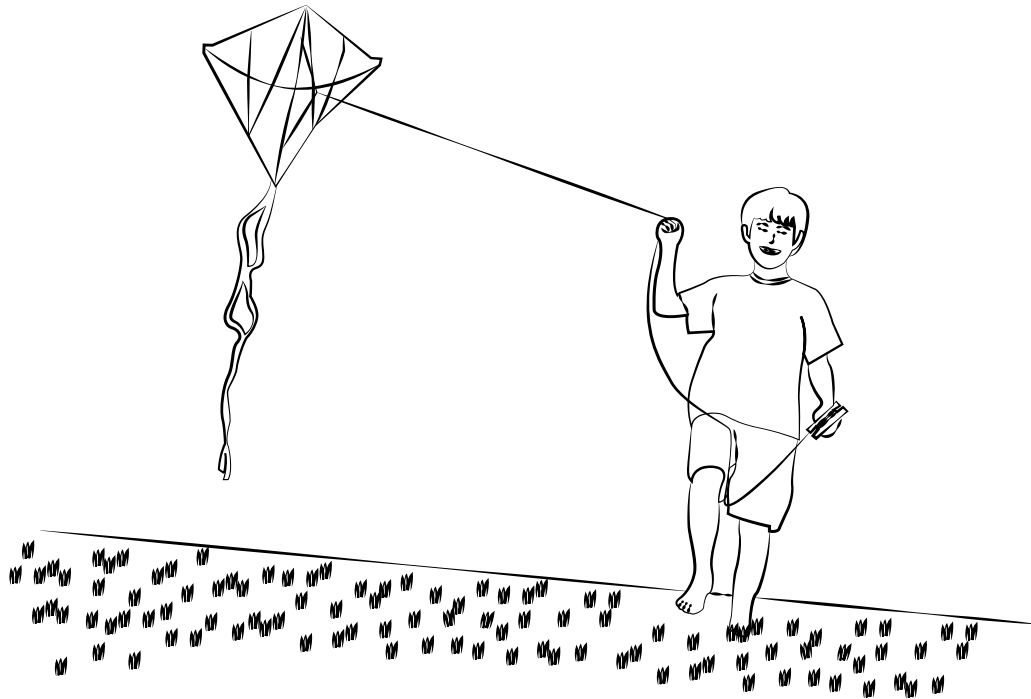
### Abstract

Understanding and knowledge of the emotional experience in children and adolescents who are victims of domestic violence becomes increasingly important, due to the increasing number of cases and the serious consequences that this phenomenon might impact on the individual improvement process, and also to the physical and mental health of victims. Furthermore, this problematic has deleterious social effects such as school maladjustment and repetition of violent acts chain, among others. The present paper presents a brief review of work carried out in Brazil in recent years (in different databases) that reveal the difficulty of statistics on violence cases and child victims of violence in the family environment. all authors are unanimous in warning of the need for the whole of society face the phenomenon in an integrated way and for the task of identifying, knowing and understanding this reality, in order to base preventive and interventional measures.

**Palavras-chave:** Criança, Adolescente, Violência Doméstica, Família

**Keywords:** Child, Adolescent, Domestic Violence, Family

<sup>1</sup> Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo (tardivo@usp.br) é doutora e livre docente pela USP/ professora associada 2 do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP.



**O** artigo traz uma breve revisão de trabalhos desenvolvidos no Brasil, nos últimos anos (em diferentes bases de dados), que revelam a dificuldade das estatísticas dos casos de criança vítimas de violência no contexto familiar. A violência doméstica contra crianças e adolescentes vem sendo, principalmente nos últimos trinta anos, motivo de polêmica, discussão e reflexão. Sua abordagem apresenta inúmeras dificuldades em razão de ser um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, configurando um segredo familiar, e estar envolvido por dispositivos de velamentos ideológicos, que o revelam e ocultam ao mesmo tempo.

Durante as últimas três décadas, têm-se percebido numerosos questionamentos e estudos científicos a respeito dos efeitos psíquicos, a longo e curto prazos, relacionados à vivência de vitimização doméstica. Muitos trabalhos relatam uma grande variedade de dificuldades e distúrbios nas áreas afetiva, cognitiva e social, como poderemos verificar na breve revisão a ser apresentada a seguir (de trabalhos feitos no Brasil). Alertam para riscos, apontam consequências e chamam a atenção para aspectos que devem ser considerados em pesquisas, programas de prevenção e intervenção, como os resumidos a seguir.

As estatísticas nessa área, no Brasil, mostram-se escassas, e a maior parte delas refere-se a casos notificados a órgãos governamentais ou não governamentais e se originam de pesquisas acadêmicas. Segundo

Azevedo e Guerra<sup>02</sup>, apesar de a população brasileira de 0-19 anos ser, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1999/2000, de 68.205.937, o que equivale a 40,16% da população total, o Brasil integra o “triste” contingente de países em que não há estatísticas confiáveis sobre o fenômeno da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Segundo publicação do Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae *três entre dez crianças de zero a doze anos sofrem algum tipo de maus-tratos dentro da própria casa, perpetrados por pais, padrastos ou outros familiares*. É a mesma conclusão de Faleiros, Matias e Bazon<sup>08</sup> em trabalho em Ribeirão Preto (SP), apontando a significância desse fenômeno e a sua menor notificação.

Martins e Jorge<sup>12</sup> construíram o perfil epidemiológico da violência contra menores de 15 anos residentes em Londrina (PR) com base nas notificações efetuadas em 2002 e 2006 aos Conselhos Tutelares, projetos e programas de atendimento a crianças e adolescentes vitimizados. Foram estudados 607 casos em 2002 e 1.013 em 2006. A violência ocorreu predominantemente na residência da vítima e por um a dois anos antes da notificação, com predomínio da violência física (52,9% em 2002 e 48,2% em 2006). Observou-se aumento dos coeficientes de notificação dos episódios em todos os tipos de violência entre os dois anos de estudo, com

reincidência em 172 casos (10,6%). Esse estudo tem a relevância de ter sido realizado com muito cuidado e de se constituir num estudo transversal.

Carvalho<sup>06</sup> abordou o tema da violência doméstica em Fortaleza (CE). Esta é uma das cidades onde colaboradores contribuíram no desenvolvimento da presente pesquisa. Analisou as características da violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Instituto Médico Legal (IML) de Fortaleza, visando contribuir para a formulação de políticas públicas de enfrentamento desse problema na população estudada. A população foi constituída por 343 crianças e adolescentes atendidos no IML de Fortaleza, no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2008. Encontrou-se entre as vítimas de violência doméstica contra crianças e adolescentes o predomínio do sexo feminino e da faixa etária de 10 a 14 anos. As vítimas moravam, sobretudo, com os pais, no município de Fortaleza, em famílias de renda *per capita* inferior a R\$ 400. O principal agressor foi o pai, e o notificante, a mãe.

Em Ribeirão Preto (SP), Bazon<sup>03</sup> relata serem as crianças e os adolescentes expostos a várias situações de violência. Teve o objetivo de descrever tais situações de forma qualitativa e quantitativa, com base nos dados da Agência de Proteção à Criança Ribeirão Preto, em São Paulo, nos anos de 2000 a 2003. Buscou discutir a classificação das queixas apresentadas ao organismo de acordo com um quadro conceitual para os atos violentos cometidos contra crianças e adolescentes, que destaca a parte estrutural, criminal e doméstica. O estudo começou pela tabulação das queixas, organizando-as de acordo com as categorias utilizadas pelo próprio organismo. As queixas foram então agrupadas por tipo de violência. Do total de 7.272 queixas analisadas, 43,4% foram classificadas como violência estrutural e 44,1% como domésticas. Outras categorias surgiram, mas foram mais difíceis de separar, o que demonstra estarem as formas de violência interligadas. Esses dados corroboram a ideia de que a violência estrutural (da sociedade mais ampla) e a doméstica são os determinantes macro e microsocial e por vezes expressos nos relacionamentos interpessoais.

Faleiros, Matias e Bazon<sup>08</sup>, ao verificar a notificação muito inferior à realidade, apontam a mesma situação em Ribeirão Preto, no Estado de São Paulo. Eles dizem que as estatísticas oficiais sobre esse fenômeno não refletem a realidade, uma vez que muitos casos não

são notificados e objetivaram estimar a prevalência real de violência doméstica em crianças de 0 a 10 anos de idade matriculadas em creches públicas e privadas e escolas na cidade. Foram utilizadas informações obtidas com professores e a equipe, com base na premissa de que os profissionais têm condições de identificar os casos. Os autores depois compararam essa prevalência estimada com a taxa oficial notificada e uma amostra aleatória e representativa de 305 professores, responsáveis por 6.907 crianças. A prevalência encontrada foi de 5,7% na população, comparada a 0,3%, calculada com os dados dos Conselhos Tutelares, corroborando assim a hipótese de que a taxa oficial representa apenas a ponta do *iceberg*, como aqui referimos.

As formas mais frequentes de violência identificadas nas escolas tanto públicas como privadas foram negligência e violência psicológica, geralmente consideradas menos importantes, uma vez que são vistas como menos graves. Notou-se também que a situação se agrava em crianças mais velhas, concluindo-se que é muito importante a participação das redes de ensino para a detecção, a notificação e a intervenção precoce, que tem relevância na prevenção secundária.

Zambon et al.<sup>25</sup> fizeram um levantamento de casos de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica da Unidade de Emergência Referenciada Pediátrica (UERP) do Hospital das Clínicas (HC) – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – e em ambulatório especializado durante quatro anos, enfatizando o abuso sexual. Encontraram predomínio de negligência pouco mais entre meninas; do abuso sexual, muito mais entre meninas (80%) e com idades entre 5 e 10 anos. Há ainda um predomínio de fatos na área doméstica – e muito (81,1%) –, e o agressor em geral é conhecido.

Vasconcelos, Camargo e Oliveira<sup>23</sup> apresentam uma discussão sobre a violência doméstica, relatando que as estatísticas referentes à violência intrafamiliar (doméstica) vêm sofrendo uma constante progressão, constituindo-se em problema social de relevantes consequências. Eles concluem que a violência doméstica apresenta-se como um fenômeno complexo, que impõe a participação de todos os que puderem reconhecer e identificar tais abusos, o que é indispensável no enfrentamento do problema. Os autores, como outros, reiteram o caráter obscuro (o segredo) decorrente da prática, e pensam que a situação deve ser combatida não só pela e em função da vítima, mas por toda a sociedade que busca ser sadia.

Sá et al.<sup>20</sup> investigaram a associação entre exposição à violência e o desenvolvimento de dois perfis psicopatológicos de comportamento antissocial em adolescentes da periferia de São Paulo. Realizaram um estudo longitudinal com 93 adolescentes (11-18 anos) que em 2002 apresentavam problemas de saúde mental e foram reavaliados em 2007. A violência doméstica mostrou-se como único fator relevante para a manutenção do comportamento antissocial. Os autores concluíram que o ambiente familiar e uma comunidade violenta parecem ser modelos para a manutenção e o desenvolvimento de comportamentos violentos entre adolescentes. O estudo de Ximenes<sup>24</sup> visou investigar a associação entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e exposição à violência familiar e comunitária em crianças e adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, onde as condições de vida da população são muito adversas. Percebeu-se que quanto maior a exposição à violência, maiores chances de apresentação do transtorno.

Penso et al.<sup>17</sup>, em sua pesquisa, evidenciaram que o abuso sexual intrafamiliar precisa ser estudado na perspectiva de um triângulo formado pelo pai, pela mãe e pela vítima. As vítimas de abuso sexual mostraram-se ambivalentes a quem amam, mas que as fazem sofrer; as mães falharam ao protegerem as filhas; e os pais perceberam suas filhas como objeto de satisfação pessoal.

Diversos estudos apontam esse dado: mais mulheres vítimas (quando se consideram todas as formas de violência intrafamiliar), crianças em seguida, e o agressor conhecido, e em geral, homem – ou se a violência é física, muitas vezes a mãe aparece como a agressora. Como no estudo de Garbin et al.<sup>10</sup>, que visou conhecer o perfil das ocorrências violentas contra crianças e contribuir para a visualização, o conhecimento e o enfrentamento do problema. Os autores analisaram dados registrados nas ocorrências policiais da Delegacia de Defesa da Mulher de uma cidade de São Paulo no ano de 2008. Encontraram maior prevalência de maus-tratos físicos, sendo a residência o local de maior incidência de agressões, e na maioria das vezes o agressor era a mãe da criança.

Moura, Moraes e Reichenheim<sup>14</sup> apresentam um estudo realizado em serviços de emergência de dois hospitais no Rio de Janeiro, relatando que a pesada rotina desses serviços pode dificultar a detecção e o tratamento dos casos de violência familiar. Eles visaram mostrar

a magnitude da violência contra as crianças atendidas nesses serviços de emergência. Entrevistaram 524 pais ou responsáveis de crianças com menos de 12 anos. Usaram a *Conflict Tactics Scales: Parent-Child* (CT-SPC). Encontraram elevados índices de violência psicológica, negligência e violência física, que contrastam com os índices oficiais muito mais baixos, no mesmo período. O estudo, assim, mostra a dificuldade de identificar e notificar a violência contra crianças em serviços de emergência, em nosso país, considerando que os métodos e as estratégias devem ser reavaliados.

Realizando um estudo dessa problemática em países latino-americanos, pode-se considerar que esta provém de situações semelhantes, ou seja, da falta de trabalho, ausência de um sistema educacional eficiente, falta de planejamento familiar, delinquência, drogadicção, perda de identidade, analfabetismo, pobreza, exploração do trabalho, violação dos direitos e discriminação das minorias<sup>5</sup>.

O artigo de Cano<sup>5</sup> aborda a dificuldade de se chegar a um diagnóstico do abuso sexual em crianças e a necessidade de atuação de uma equipe interdisciplinar que contribua com diferentes perspectivas para o diagnóstico. O estudo de Elsen et al.<sup>7</sup> indica que a violência contra a criança poderia ser identificada e enfrentada dentro do ambiente escolar e mostra como essa situação se evidencia nesse contexto.

Desenvolvemos estudos qualitativos, visando descrever e discutir formas de intervenção em crianças vítimas de violência, muitas delas vivendo em abrigos. Nesse sentido, temos consultas terapêuticas e outras formas de enquadre<sup>4</sup>. Destacamos o livro organizado por Rosa e Motta<sup>19</sup>, em São Paulo, que é composto por diversos capítulos de pesquisadores, docentes e doutorandos brasileiros que trazem suas contribuições, enfocando de forma especial a violência doméstica.

O artigo apresentado por Milani e Loureiro<sup>13</sup> aborda as condições familiares implicadas em situações de risco psicossocial, focalizando o problema da violência doméstica e suas repercussões no desenvolvimento psicossocial de crianças. Os autores chamam a atenção para a necessidade de explorar os fatores do ambiente familiar que se associam a essa condição de risco. Tais estudos também sinalizam a necessidade de suporte tanto para as crianças como para as famílias que experimentam essa adversidade, ou seja, a violência doméstica. As autoras avaliaram quarenta famílias, com filhos

na faixa etária de 8 a 12 anos incompletos, atendidas pelo Conselho Tutelar do Município de Maringá (PR) há três anos, após uma primeira denúncia de risco psicossocial associado à violência doméstica. Como dados, verificaram que as famílias relataram história pregressa de dificuldade, com complicadores como problemas de saúde mental dos pais, dependência de álcool e drogas e discórdia conjugal recorrente, fatos que demandam medidas de saúde mental. As autoras discutem a importância do trabalho do conselheiro tutelar, que, ao focalizar os direitos da criança, não deixa de ter a visão da família como um sistema complexo e que também apresenta necessidades, para não haver o risco de o órgão se tornar simplesmente repressor. Nesse sentido, são necessárias medidas de saúde mental e psicossociais, explicitadas em intervenções que mobilizem a capacidade de resolução de problemas pela família.

Esse estudo, como outros, questiona se a violência doméstica constitui um ato pontual ou se faz parte de um contexto de vida permeado por adversidades. Nesse sentido, na avaliação de riscos psicológicos, nem sempre é possível isolar um risco particular, e a violência doméstica pode ser decorrente de processos complexos em que interagem múltiplas adversidades. As autoras recomendam a realização de outros estudos de caráter longitudinal para compreender a trajetória de desenvolvimento das crianças vítimas de violência doméstica, considerando o tempo decorrido após a violência, no sentido de explorar o tempo que a criança e a família levam para se recuperar e os processos de superação das adversidades, que incluem aspectos da dinâmica individual da criança e as advindas da interação familiar, no contexto social em que se localizam.

Thompson e Trice-Black<sup>22</sup> alertam para o fato de que crianças expostas ao trauma da violência doméstica (entre os pais) tendem a ter dificuldades de comportamento, déficits de habilidades sociais e acadêmicos. Abordam a importância da atuação da escola, recomendando intervenções em grupos que podem ser feitas em crianças que foram expostas ao trauma da violência doméstica.

Alves e Emmel<sup>01</sup> trazem um estudo qualitativo, realizado com base em uma análise multifatorial do fenômeno da violência e respaldando-se em teorias que consideram a importância dos contos de fadas no desenvolvimento emocional infantil. Os autores apresentam uma forma de intervenção baseada em narrativas

de histórias, a qual é importante se considerarmos a questão da transmissão intergeracional da violência. Eles afirmam que pais violentos já foram violentados; assim, a escuta de histórias e as possibilidades de contato com os próprios filhos em atividades como essa podem abrir novos caminhos no desenvolvimento emocional de todos os envolvidos na dinâmica familiar.

Milani e Loureiro<sup>13</sup> avaliaram crianças com história de risco psicossocial, associado à violência doméstica, o que implicou notificação ao Conselho Tutelar, e as compararam com um grupo de crianças sem história de risco psicossocial quanto ao autoconceito e ao desempenho escolar. Foram avaliadas quarenta crianças, de ambos os sexos, de oito a doze anos, que residiam com pelo menos um dos pais biológicos, distribuídas em dois grupos, um com histórico de violência doméstica e outro sem história de risco psicossocial relatada. Procedeu-se à aplicação da Escala Piers-Harris de Autoconceito e do Teste de Desempenho Escolar. As crianças com história de violência doméstica apresentaram um autoconceito mais negativo na área de comportamento e mais dificuldade no desempenho escolar na área de escrita. Tais dificuldades sugerem prejuízos em áreas que deveriam funcionar como proteção – ou seja, que essas crianças não contam com alguns recursos essenciais para enfrentarem as tarefas desenvolvimentais da idade escolar.

Renner<sup>18</sup> fez um estudo com crianças e adolescentes de 3 a 18 anos, com o objetivo de avaliar os efeitos de violência familiar no seu comportamento. Os resultados confirmaram que crianças e adolescentes que sofreram qualquer tipo de vitimização na família tiveram maior média de escores de comportamento agressivo em comparação com crianças sem histórico de violência familiar. Crianças que sofreram tipos indiretos de violência familiar (por exemplo, a exposição ao abuso físico de um irmão) tiveram pontuações também elevadas. Os resultados desse estudo sugerem que os pesquisadores e prestadores de serviço devem adotar uma conceituação mais ampla de vitimização familiar, procurando ampliar a quantidade de serviços prestados a crianças que são também indiretamente vítimas.

Em revisão de trabalhos mais atuais, há alguns que enfocam mais os profissionais, como o de Lobato e Nascimento<sup>11</sup>, que analisam os desafios encontrados na abordagem da violência doméstica contra crianças e adolescentes por profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) Realizaram estudos de casos com profes-



sionais de equipes do PSF Identificaram vínculo com a comunidade e a dificuldade para ações intersetoriais, sendo esses desafios para detecção, notificação e acompanhamento dos casos.

Felizardo et al.<sup>09</sup> apresentam uma revisão de bibliografia que objetiva abordar a problemática da violência infantil como uma realidade de saúde pública que se perpetua há tempos, estando presente nas diferentes classes sociais. Descrevem a violência física, psicológica e sexual, a negligência institucional e estrutural, as ações acadêmicas diante da violência infantil, o papel dos profissionais de saúde e do Ministério da Saúde diante do problema.

Em nosso meio, o trabalho de Paula et cols<sup>16</sup> analisou fatores de proteção e de risco para problemas de saúde mental entre adolescentes. Os autores realizaram um estudo transversal com uma amostra aleatória de 327 estudantes da 6ª série de todas as escolas públicas e privadas de Barretos (SP) em 2004. Todos os fatores de risco e proteção independentes foram incluídos no modelo inicial de regressão logística, permanecendo no modelo final apenas a variável com nível de significância inferior a 0,05. Verificou-se que apenas a exposição à violência permaneceu no modelo final como fator associado a problemas de saúde mental. Crianças expostas à violência doméstica tinham três vezes mais chances de apresentarem esses problemas do que aquelas expostas à violência urbana. Os autores concluíram que a violência doméstica associou-se a problemas de saúde mental nos adolescentes do estudo, podendo ser mais importante que a violência urbana em cidades de médio porte.

Nunes et al.<sup>15</sup> procuraram entender as concepções sustentadas por profissionais de saúde no que diz respeito à violência contra crianças e adolescentes praticada na família. Foi utilizada uma metodologia qualitativa de estudo de caso, com técnicas de observação participante, entrevistas e pesquisa em documentos. Os participantes eram funcionários do governo de uma Unidade Básica de Saúde da Família no Brasil. Os profissionais de saúde associaram a violência com o desenvolvimento econômico, social e político e com aspectos culturais. Para alguns, atos violentos fazem parte do ciclo intergeracional e das dinâmicas familiares. Punições físicas são consideradas como violência para alguns e como medidas educacionais para outros. Os participantes também basearam suas definições sobre violência

em construções *a priori* de sujeitos, quer como vítimas, quer como agressores, faltando a análise da dimensão relacional do fenômeno da violência. Os profissionais de saúde apresentaram dificuldades em compreender a violência no contexto que lhe confere significados e de reconhecê-la como consequência de uma complexa dinâmica relacional.

Podemos afirmar que a violência doméstica contra crianças e adolescentes necessita de ações comprometidas, visando, além da construção de políticas públicas de prevenção do fenômeno, ao desenvolvimento de instrumentos eficientes para a identificação e a intervenção.



## Referências

1. Alves HC, Emmel MLG. Abordagem bioecológica e narrativas orais: um estudo com crianças vitimizadas. *Paidéia*. 2008;18(39):85-100.
2. Azevedo MA, Guerra V. Dossiê Brasil 2004-2205 - violência doméstica contracrianças e adolescentes (vdca): um cenário em (des)construção. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 2005.
3. Bazon MR. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notifi cações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008; 24(2):323-332.
4. Biancofiori TM, Leôncio WH, Tardivo LSLPC. Atendimento psicológico com criança vítima de violência sexual: um estudo clínico qualitativo. In: Tardivo LC, organizador. *Caderno de Anais da IV Jornada APOIAR - Infância, sofrimento emocional e a clínica contemporânea*. 2006; 4:133-142.
5. Cano J. Violencia doméstica: abordaje en el primer nivel de atención: enfoque médico legal del diagnóstico de abuso sexual. *ArchPediatrUruguay*. 2010;81(3):192-194.
6. Carvalho HMB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes na região metropolitana de Fortaleza [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. 2010.
7. Elsen I, Próspero ENS, Sanches EM, Floriano CJ, Sgrott BC. Escola: um espaço de revelação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *PsicolArgum*. 2011;29(66):303-314.
8. Felizardo MJA, RibeiroDAA, Santos LES, Gradim CVC. Uma abordagem sobre a violência infantil no campo histórico, social e de saúde: revisão. *PediatrMod*. 2011;47(2):47-52.
9. Faleiros JM, Matias ADA, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: abuso infantil prevalência estimada a partir de dados do sistema escolar. *Cad Saúde Publica*. 2009;25 (2): 337-348.
10. Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Queiroz APDG. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *RevBrasEnferm*. 2011;64(4):665-670.
11. Lobato GR, Moraes C, Nascimento MCL. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *CadSaúde Pública*. 2012;28(9):1749-1758.
12. Martins CBG, Jorge MHP. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(4):315-334.
13. Milani RGI, Loureiro SR. Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. *Estudos de Psicologia*. 2009;14(3):191-198.
14. Moura ATMS, Moraes CLE, Reichenheim ME. Detection of child abuse: missed opportunities in emergency rooms in Rio de Janeiro, Brazil. *CadSaude Publica*. 2008;24(12):2926-2936.
15. Nunes CB; Sarti CA; Ohara, CVS. Concepções de profissionais de saúde sobre violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente 2008. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.16 no1. Ribeirão Preto Jan./Feb.
16. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IAS, Barros MGSM, D'Antino MEF, Mercadante MT. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):524-528.
17. Penso MA, Costa LF, AlmeidaTMC, Ribeiro MA. Abuso sexual intrafamiliar na perspectiva das relações conjugais e familiares. *Aletheia*. 2009;(30):142-157.
18. Renner, LM - Single types of family violence victimization and externalizing behaviors among children and adolescents. *Journal of family violence*, 2007;27(3):177-186.
19. RosaJTE, Motta IF, organizadores. *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes na perspectiva winnicottiana*. Aparecida, SP: Idéias e Letras; 2008(3):177-186.
20. Sá DGF, CurtoBM, Bordin IAS, Paula CS. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *PsicolTeor Prát*. 2009;11(1):179-188.
21. Tardivo LSLPC, Pinto Junior AA. *Manual do Inventário de Frases na Avaliação da Violência Doméstica*. São Paulo: Vetor; 2010.
22. Thompson R, Briggs-King EC, LaTouche-Howard SA. Psychology of African American children: Strengths and challenges. In: Chang EC, Downey C A, editors. *A handbook of race and development in mental health*. New York: Springer Science Business Media; 2012.p.27-43.
23. Vasconcelos IV, Camargo G, Oliveira GC. Considerações sobre as múltiplas formas de violência doméstica. *RevPsicol-Plur*. 2008;17(27):25-41.
24. Ximenes LF. Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2011. 177 p.
25. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *RevAssocMed Bras*. 2012;58(4):465-471.

# O acesso à saúde de jovens em situação de extrema vulnerabilidade\*

## Access to health care for young people in situations of extreme vulnerability

Marisa Feffermann<sup>1</sup>

### Resumo

A violência é um fenômeno complexo e que produz grande repercussão sobre a morbimortalidade, principalmente em jovens, pobres, em maioria negra, que vivem em situações de extrema vulnerabilidade. Em pesquisas realizadas com vários grupos jovens, verificaram-se obstáculos de acesso deles aos serviços de saúde, consequência de muitas situações de preconceito, discriminação e violências sentidas por esses jovens ao procurar tais serviços. É necessário refletir sobre a assistência que se pretende promover a essa população, caso contrário continuar-se-á reproduzindo um círculo vicioso de preconceito, discriminação e violência.

**Palavras-Chave:** Juventude, Violência, Preconceito, Acesso à Saúde

### Abstract

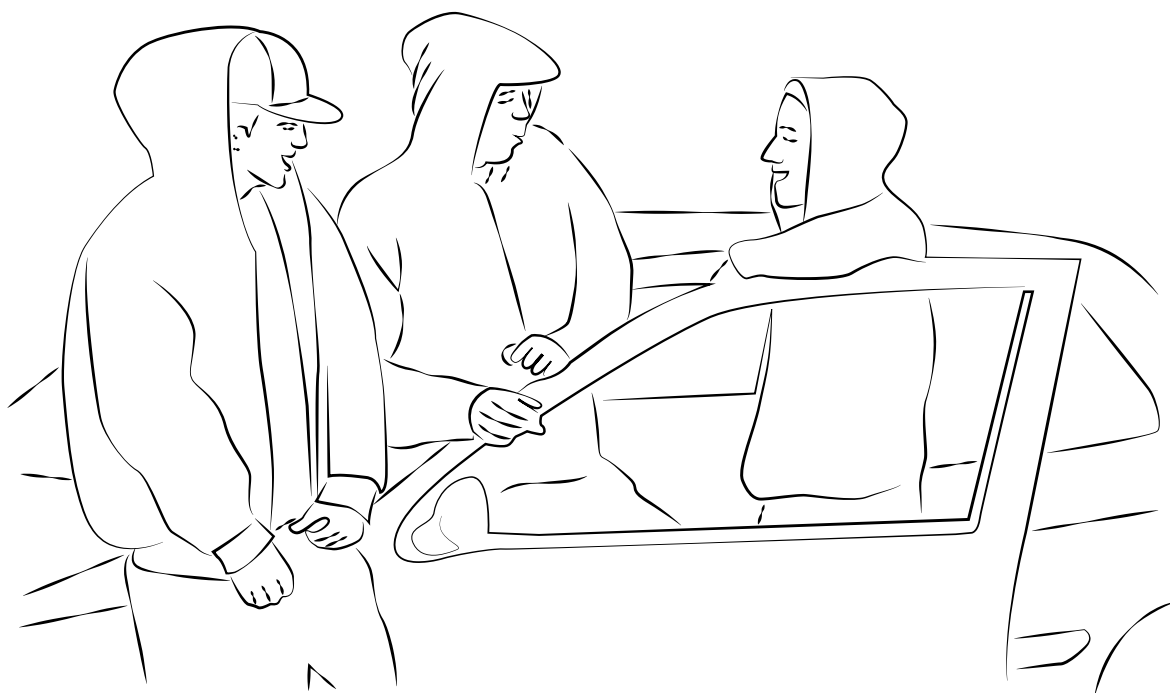
Violence is a complex phenomenon that produces high impact on morbidity and mortality, especially in young, poor- black majority- who live in situations of extreme vulnerability. In surveys of various age groups, there have been access obstacles to health services to these young people that was result of many prejudice situations, discrimination and violence faced by these young people when they were looking for these services. It is necessary to think on the care that is intended to promote this population, otherwise, it will feed a vicious circle of prejudice, discrimination and violence.

**Keywords:** Youth, Violence, Prejudice, Access to Health

\* A autora agradece a Priscilla de Castro Magalhães e a José Ruben de Alcântara Bonfim pela colaboração na edição deste texto.

<sup>1</sup> Marisa Feffermann (mfeffermann@gmail.com) é mestre e doutora em

Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) e pesquisadora do Instituto de Saúde do Estado de São Paulo.



## Introdução

A violência<sup>ii</sup> é um fenômeno multifatorial e, na contemporaneidade, tem produzido efeitos na vida da população em geral, todavia são os jovens pobres em maioria negra que sofrem de forma exacerbada estes efeitos. Dessa forma, a intersectorialidade é considerada um instrumento básico da atenção integral à saúde<sup>20</sup>. A proposta deste artigo é apresentar os obstáculos de acesso desses jovens aos serviços de saúde, com base em dados coletados em três pesquisas realizadas com jovens que vivem tal realidade. Verificou-se que essa dificuldade é consequência de situações de preconceito, discriminação e violências sentidas por esses jovens ao procurar os serviços.

Nas últimas décadas, as violências se converteram em problema de saúde pública em razão da magnitude atingida na atual organização da vida social, pelos custos que representam para a sociedade e pelas repercussões sociais e psicológicas nas vidas dos indivíduos e das famílias, particularmente nos grandes centros urbanos – constituindo-se, assim, em objeto de várias discussões e pesquisas<sup>17,25,7,8,13,18,19</sup>.

Recentemente, pesquisas revelaram que o registro de antecedentes policiais pode também ser apontado como fator de risco. Os custos dessa violência podem ser dimensionados tanto pela morte precoce ou ocorrência de sequelas em jovens no começo da idade produtiva quanto pelos gastos no tratamento dessas ocorrências. Em consequência, os problemas classificados como de “causas externas” superlotam os serviços de saúde, aumentam os custos da assistência e interferem na qualidade da atenção e na cobertura.

As transformações da estrutura social e das relações sociais, econômicas e culturais que ocorrem nos grandes centros urbanos têm implicações na mudança do perfil epidemiológico brasileiro, assim como nos efeitos sobre a produção da violência<sup>22,25</sup>, e causam intensa influência na morbimortalidade<sup>iii</sup> das populações, pelo número de mortes em especial de adolescentes e jovens negros pertencentes às classes subalternas. Dessa forma, a desigualdade social, a reestruturação do mundo do trabalho, o processo de globalidade e o consumo são fatores que reforçam e reproduzem a violência<sup>23,26</sup>. Soma-se a isso a incapacidade do Estado de assegurar a justiça<sup>4</sup>.

<sup>ii</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como: “el uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”<sup>21</sup> [p.15].

<sup>iii</sup> Quadro gerador da morbidade por violência: guerras e aquela provocada por seus efeitos; violência interpessoal; brigas por motivos passionais;

conflitos entre gangues e quadrilhas; tentativas de suicídio; acidentes de trânsito; conflitos intrafamiliares, atingindo sobretudo as crianças, os jovens, as mulheres e os idosos; acidentes de trabalho; violência contra a população que vive nas ruas, entre outros motivos.(p.12)<sup>18</sup>.

<sup>iv</sup> Classificadas de acordo com o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças-Décima Revisão (CID-10), que abarca as causas externas (homicídios, suicídios e acidentes).



A mortalidade representa a violência no grau extremo e é uma das formas mais utilizadas pelo campo da saúde para identificar a sua magnitude<sup>iv</sup>. Barata e Ribeiro<sup>3</sup> corroboram a perspectiva de que a mortalidade por homicídio é resultante de complexo processo de determinação, no qual atua uma série de fatores sociais, econômicos, culturais, familiares e psicológicos.

Nas últimas décadas, no Brasil e em especial no Estado de São Paulo, a mortalidade por causas extremas (acidentes e violências) teve aumento significativo, transformando-se em questão de saúde pública relevante. É na adolescência e na juventude que incidem a violência letal e a não letal no sexo masculino<sup>v</sup>. As causas estão associadas a muitos fatores, como desigualdade socioeconômica (desemprego, empobrecimento), omissão do Estado na garantia de políticas sociais básicas (saúde, educação e saneamento básico), alta concentração de renda, que implica escassas oportunidades de trabalho e conseqüentemente a busca de formas alternativas para a sobrevivência, sendo agravada pela existência do tráfico de drogas, que atrai grande número de jovens.

Os adolescentes e jovens, principalmente do sexo masculino, são mais expostos e vulneráveis aos riscos de serem vítimas e, por vezes, agentes de ocorrências violentas. Esses jovens são cotidianamente influenciados por apelos de consumo e pela falta de reconhecimento e de perspectivas, conseqüência de uma sociedade desigual. A mortalidade por homicídios de adolescentes e jovens pode ser analisada como sintoma da realidade brasileira, que permite a exposição desse grupo a situações de extrema violência, as quais podem implicar a morte precoce.

A vulnerabilidade desses jovens está associada ao entrelaçamento de fatores individuais e sociais. Adorno<sup>2</sup> contribui para essa discussão apresentando o conceito de “vulnerabilidade social”, que

sintetiza a ideia de uma maior exposição e sensibilidade de um indivíduo ou de um grupo aos problemas enfrentados na sociedade e reflete uma nova maneira de olhar e de entender os comportamentos de pessoas e grupos específicos e sua relação e dificuldades de acesso a serviços sociais como saúde, escola e justiça. (p.11).

Para Delor e Hubert<sup>9</sup>, a vulnerabilidade é a capacidade dos indivíduos para defrontar certas situações e os recursos que dispõe para enfrentá-las. Delor (1997)<sup>10</sup> já havia notado que a vulnerabilidade pode ser entendida pelo trajeto social, a interação entre trajetões e o contexto social.

A OMS indica vários comportamentos e diversas situações de risco relacionadas à violência juvenil, tais como participação constante em brigas, porte de armas, cultivo da masculinidade violenta, influência de álcool e outras drogas<sup>7</sup>. A violência juvenil apresenta diversos graus de expressão da violência: 1) individual; 2) de relação; 3) comunitário; e 4) social.

Os jovens empobrecidos pela sociedade capitalista vivem sob risco real e concreto, que se intensifica pelo ethos hegemônico da masculinidade, configurado pelas armas de fogo e pelo tráfico de drogas e armas. Este modelo de constituição do masculino traz conseqüências para a saúde e a vida dos homens, podendo ser considerado como fator de vulnerabilidade, gerando-se vítimas e por vezes agentes da violência. Diversos autores discutem as conexões entre gênero e violência, num contexto de estruturas de desigualdade e opressão, apontando para a hegemonia de um ethos de masculinidade que é construído com base em valores patriarcais e machistas que associam masculinidade viril, competição e violência<sup>20,5,13,22</sup>. Essa cultura viril, esse ethos de masculinidade, tem predomínio no tráfico de drogas. De um lado, esses jovens vivem o risco de serem mortos; de outro, a violência pode ser uma forma de se tornar reconhecido.

Tais características são acrescidas por outras da juventude: a perplexidade e a ambivalência que alternam dúvida e construção de certezas manifestam momentos de desequilíbrio e descontentamento, servindo como categoria propícia para simbolizar os dilemas contemporâneos. A juventude termina por catalisar as tensões sociais, a um tempo que também as exterioriza – é vitrine de conflitos sociais. A sociedade escolhe um protagonista da violência atual, vítima e ator – a juventude –, que então corporifica o estigma de responsável pelo “perigo generalizado”. Os jovens passam a ser associados à rebeldia, condição que é acirrada quando alguns grupos juvenis expressam atitudes que podem ressignificar normas e padrões sociais vigentes.

<sup>v</sup> Em 2010, dos 49.932 homicídios registrados pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 45.617 pertenciam ao sexo masculino (91,4%) e 4.315 ao feminino (8,6%)<sup>26</sup>.



O jovem também é permeado pela ideologia dominante composta por uma combinação de consumismo, hedonismo, individualismo e desejo de que tudo ocorra de modo rápido. A socialização incompleta resulta da baixa escolaridade e, tem como consequência a ocupação em trabalhos informais ou mesmo ilegais. O lugar de moradia e, principalmente, a violência policial tornam a vida desses jovens um trajeto de riscos muitas vezes intransponíveis.

Ao buscar hegemonia, o Estado utiliza-se de práticas repressivas, sempre justificadas pela necessidade de impedir o desequilíbrio, a desarmonia nas funções da sociedade. Assim, reforça o exercício da violência dos grupos dominantes e institui o monopólio da violência pelo Estado, que determina suas regras e valores. Os agentes do Estado utilizam-se da sua força legítima para hostilizar, aterrorizar e muitas vezes exterminar o diferente. Nessa perspectiva, a violência policial torna-se um dos grandes inimigos dos jovens pobres de maioria negra que vivem nas periferias e favelas das grandes cidades<sup>14</sup>.

A seguir, são apresentados os resultados de três pesquisas realizadas com diferentes grupos de adolescentes, que apontam as barreiras encontradas na relação com os serviços de saúde.

### **Apresentação das pesquisas**

O primeiro estudo, intitulado “Vidas arriscadas, o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico de drogas”, foi realizado com jovens inseridos no tráfico de drogas<sup>10</sup>. Este estudo foi resultado de uma tese de doutorado defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP)<sup>vi</sup>. A pesquisa foi desenvolvida por meio de observação participante e da realização de entrevistas em profundidade. A complexidade dos discursos permitiu uma aproximação com a inserção dos jovens entrevistados nas suas relações de trabalho no comércio ilegal de drogas.

A segunda pesquisa, intitulada “Gangues, gênero e juventudes: donas de rocha e sujeitos cabulosos”<sup>vii</sup> e realizada no período de 2007 a 2010, de Miriam Abramovay et. al. focalizou o universo das gangues de pichadores no Distrito Federal, analisando seus discursos e vivências<sup>1</sup>. Buscou-se apreender os diferentes aspectos desse segmento juvenil, enfocando a transversalidade

das relações de gênero nesse contexto social. Participaram da pesquisa 73 jovens que viviam em cidades-satélites, localizadas ao redor do Distrito Federal. O estudo desenvolveu-se por meio da observação de campo, da realização de entrevistas e grupos focais, de contatos na rede virtual e de pesquisa bibliográfica. Com a utilização de recursos da web, foram realizadas 150 horas de entrevistas e grupos focais.

A terceira pesquisa, “Enfrentando a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis na Febem – São Paulo”, com projeto de autoria e responsabilidade de Ekua Yankah (London School of Hygiene and Tropical Medicine), foi realizada com os adolescentes internados na extinta Fundação Estadual para o Bem-Estar do Menor (Febem)<sup>11</sup>.

O estudo, feito com base em entrevistas em profundidade, teve o objetivo de facilitar a construção de um sistema de informação na Febem. O objetivo deste trabalho é compreender a vulnerabilidade e vivência dos jovens internos na Febem com relação a sexualidade, drogas e violência no ambiente doméstico, de rua e da própria instituição com o intuito de embasar estratégias de intervenção psicopedagógicas, organizacionais e de saúde pela instituição, visando à promoção da saúde mental e física desses jovens.

Foram realizadas 16 entrevistas semiestruturadas com jovens internos nas unidades da Febem de São Paulo. Trabalhou-se a partir dos seguintes indicadores: 1) perfil pessoal: idade, formação escolar, raça, religião, composição familiar etc; 2) aspectos da sexualidade: prática sexual, conhecimento de estratégias preventivas, exposição e histórico com relação à gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, maternidade e paternidade; 3) aspectos com relação a drogas: conhecimento e contato com drogas legais/ilegais, uso e abuso de drogas legais/ilegais, envolvimento com o tráfico de drogas; 4) aspectos com relação à violência: física, sexual e psicológica sofrida e exercida pelos jovens.

### **Considerações sobre os resultados das pesquisas**

As pesquisas aqui apresentadas nos possibilitaram apreender a dificuldade de acesso dos jovens aos serviços de saúde. A seguir, apresenta-se o discurso dos jovens que exemplificam a realidade extraída dos estudos referidos.

<sup>iv</sup>Estudo publicado no livro *Vidas arriscadas: o cotidiano de jovens trabalhadores do tráfico*, de Marisa Feffermann. Petrópolis: Vozes, 2006.

<sup>vii</sup> “De rocha”: indivíduo respeitado, admirável, cabuloso.



A necessidade do atendimento médico, em geral, decorre de ações e fatos ligados à ilegalidade – brigas entre grupos ou embates com a polícia. Por essa razão, os jovens evitam procurar os serviços quando neles estão presentes policiais, independentemente do motivo da demanda.

Não vou, não, tem aqueles guardas na frente. Aí ficam olhando... parece até que eu fiz alguma coisa errada (jovem de 18 anos).

Eu cheguei lá... o guardinha já veio me abordando, perguntando o que eu queria (jovem de 16 anos).

No discurso dos jovens, é frequente a referência de que são tratados de forma diferenciada, afirmando que são perseguidos pelos agentes de segurança das unidades básicas de saúde.

A gente chegou lá... e tinha um monte de gente passando, entrando no posto... e só pararam nós... (jovem de 17 anos).

Eu não queria ir, mas minha mão estava doendo muito... chegamo lá e os caras começaram a seguir a gente até a porta... aí ficaram olhando... vigiando... Ah! Nós fomos embora... num tava fazendo nada errado (jovem de 16 anos).

Outros jovens afirmam que a forma como são tratados pelos funcionários do serviço de saúde é o motivo que os impede de procurar atendimento. Dizem que funcionários os atendem de modo agressivo ou displicente.

Eu não... vou não... não vou no posto... aquela mulher pergunta um montão de coisas... (jovem de 17 anos).

Eu não volto lá, não... a mulher falou alto... parecia que eu era surdo... eu não sou bobo, não... ela gritou e eu quase fui para cima dela... os meninos me seguraram... senão eu ia mesmo... o que ela está pensando? Sou macho... não levo desaforo... a sorte dela é que ela era mulher... (jovem de 17 anos).

Para esses jovens que buscam a todo momento formas de reafirmação e de reconhecimento, atitudes de alguns (mas) funcionários(as) podem gerar situações de violência e agressividade. Tais jovens respondem com os repertórios que foram construindo no decorrer da vida e, sentindo-se humilhados, podem por vezes responder com atitudes violentas, reforçadas pelo *ethos* hegemônico da masculinidade.

No postinho? Não vou, não... fui um dia... o cara me deixou esperando um montão... tá tirando... o quê? Falando no telefone... veio uma mulher bem vestida... ele parou e atendeu... e eu já estava na frente... mandei ele à m... e fui embora... tá tirando... (jovem de 16 anos).

Eu tinha caído... o meu joelho estava doendo muito... eu não conseguia andar... eu não queria ir ao posto... mas a minha namorada insistiu... então... o pessoal ficou olhando torto... a mulher que atendia no balcão... ficou me olhando... perguntando o que foi... como foi... parece um interrogatório... eu não tenho sangue de barata... deixei ela falando... a minha namorada ainda me segurou... insistiu para eu ficar... já que eu não conseguia nem andar... eu não... tá pensando o quê?

Esses jovens sofrem preconceito quando utilizam os serviços de saúde. São discriminados pelas vestimentas, pela forma de andar, pelas gírias que utilizam, e muitas vezes respondem à discriminação com violência. Os sentimentos de humilhação que vivem no seu cotidiano, associados à ausência de reconhecimento social, podem gerar revolta em relação ao sistema social vigente – o que possibilita a eles a prática de ações cruéis, nas quais são capazes de se colocar em risco para conseguir os objetivos desejados. Assim ultrajados, no seu cotidiano, depositam em outros a agressividade recebida.

Na ausência de projetos sociais compartilhados, o sujeito encara o outro apenas como objeto. Crochik<sup>6</sup> contribui para a reflexão dessa realidade quando assinala que *numa cultura que privilegia a força, o preconceito prepara a ação da exclusão do mais frágil por aqueles que não podem viver a sua própria fragilidade* (p.27).

A falta de acesso aos serviços de saúde pode ter como consequência o agravamento da situação de saúde desses jovens. A procura de um atendimento médico, segundo a narrativa deles, ocorre geralmente em caso de urgência, quando correm risco de morte. Nessas ocasiões, o pronto-socorro é o único endereço conhecido.

A gente só vai no médico quando a situação fica pior (jovem de 18 anos).

A gente entra pelo pronto-socorro... eles fazem algumas perguntas... mas atendem... então, não tem jeito... (jovem de 17 anos).

Em alguns depoimentos, os jovens frisam que o fato de não terem avaliado a gravidade do problema, somado à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, levou alguns dos companheiros à piora do problema ou mesmo à morte:

Era só uma dorzinha... fui deixando... não ia no postinho, pois a gente é muito humilhado... quando a dor piorou... tomei uns chás... no final tive que operar (jovem de 18 anos).

Não tinha ideia, a gente achou que não era nada, que iria passar... ele estava tremendo e muito quente... quando a gente foi ver... ele tava morto (jovem de 19 anos).

Para evitar questões e interrogatório, a gente tenta tratar entre nós... só que às vezes não dá certo... (jovem de 18 anos).

Marcados e rotulados, esses jovens vivem a sua história. Marcas profundas que aos poucos vão delineando a definição de seus caminhos, de suas escolhas e de suas respostas.

A escuta deles permite refletir sobre o lugar que a saúde ocupa no seu imaginário e o quanto a insuficiente atenção à saúde transforma-se em multiplicador da violência nas suas vidas. É necessário (re)pensar a assistência promovida a essa população, caso contrário, continuar-se-á reproduzindo um círculo vicioso de preconceito, discriminação e violência. É imprescindível a formação continuada dos profissionais dos serviços de saúde para que estes possam refletir sobre suas práticas e conceitos. É necessária uma reflexão profunda sobre as ações dos serviços de saúde para que não se transformem em agentes de violência.

Concluindo, ressalta-se que a violência é um fenômeno complexo que se retroalimenta. Consequentemente, as ações de prevenção e um sistema de vigilância são imperativos para o seu enfrentamento. Além disso, a violência só pode ser combatida com ações intersetoriais de assistência social, de educação, de cultura e de movimentos sociais, entre outras.

## Referências

1. Abramovay M, Cunha AL, Calaf PP, Carvalho LF, Castro MG, Fefferman M, et al. Gangues, gênero e juventude: donas de rocha e sujeitos cabulosos [monografia na internet]. Brasília (DF); 2010. [acesso 27/01/2014] Disponível em: [www.sxpolitics.org/pt/wp-content/.../livro\\_gangues\\_genero\\_juventudes.pdf](http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/.../livro_gangues_genero_juventudes.pdf)
2. Adorno RCF. Capacitação solidária: um olhar sobre os jovens e sua vulnerabilidade social [monografia na internet]. São Paulo: Associação de Apoio ao Programa de Capacitação Solidária; 2001. [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/ado001.pdf>
3. Barata RB, Ribeiro MCSA. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. Rev Panam Salud Publica [periódico na internet]. 2000 [acesso em 27/01/2014];7(2):118-123. Disponível em: <http://>

- www.scielosp.org/pdf/rpsp/v7n2/1247.pdf
4. Caldeira TPR. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34/Edusp; 2000.
  5. Cecchetto FR. Violência e estilos de masculinidade. Rio de Janeiro: FGV;2004.
  6. Crochik JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 2. ed. São Paulo: Robe; 1997.
  7. Dahlberg LL, Krug EG. Violence: a global public health problem. World Report on Violence and Health. Geneve: World Health Organization; 2002.
  8. Dahlberg LL, Krug EG. Violência como um problema global de Saúde Pública. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2007 [acesso em 27/01/2014] 1(2):277-292. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>
  9. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. Soc Sci Med [periódico na internet]. 2000 [acesso em 27/01/2014]; 50(11):1557-1570. Disponível em: [http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau\\_site/documents/pub/2003-vulnerability.pdf](http://centres.fusl.ac.be/OBSERVATOIRE/document/Nouveau_site/documents/pub/2003-vulnerability.pdf)
  10. Delor, F. Sêropositifs. Trajectoires Identitaires et Rencontres du Risque. L'Harmattan, Paris; 1997
  11. Feffermann M. Vidas arriscadas: o cotidiano de jovens trabalhadores do tráfico. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.
  12. Ekua Y, Feffermann M, Figueiredo R. Enfrentando a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis na FEBEM. São Paulo: Instituto de Saúde; 2006.
  13. Gawryszewski VP. Homicídios no município de São Paulo: perfil e subsídios para um sistema de vigilância epidemiológica [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
  14. Greig A. Political connections: men, gender and violence. In: Working Paper Series on Men's Roles and Responsibilities in Ending Gender Based Violence. EUA: INSTRAW; 2001. (Working Paper, 1). [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: [http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/Caroline/Political\\_Connections\\_-\\_Men\\_Gender\\_and\\_Violence.pdf](http://www.engagingmen.net/files/resources/2010/Caroline/Political_Connections_-_Men_Gender_and_Violence.pdf)
  15. Guimarães JG, Torres ARR, Faria MRGV. Democracia e violência policial: o caso da polícia militar. Psicol Estudo [periódico na internet]. 2005 [acesso 27/01/2014];10(2):263-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a13.pdf>
  16. Machado EP, Noronha CV. A polícia dos pobres: violência policial em classes populares e urbanas. Sociologias [periódico na internet]. 2002 [acesso em 27/01/2014];4(7):188-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a09n7.pdf>
  17. Mello Jorge MHP. Como morrem os nossos jovens. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas [monografia na internet]. Brasília(DF): Conselho Nacional de População e Desenvolvimento; 1998 [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=218436&indexSearch=ID>
  18. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? Saúde Soc [periódico na internet]. 1994[acesso em 27/01/2014];3(2):42-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/04.pdf>
  19. Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros [monografia na internet]. Brasília (DF); 2005 [acesso em 27/01/2014]. p.10-41. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)
  20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [monografia na internet]. Brasília (DF); 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
  21. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen [monografia na internet]. Washington: OPS; 2002 [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf)
  22. Peralva A. Violência e democracia: paradoxo brasileiro. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
  23. Pereira CAM. Que homem é esse? O masculino em questão. In: Nolasco S, organizador. A desconstrução do masculino. Rio de Janeiro: Rocco; 1995. p. 53-58.
  24. Souza ER, Minayo MCS. Policial, risco como profissão: morbimortalidade vinculada ao trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na internet] 2005 [acesso em 27/01/2014];10(4):917-928. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a15v10n4.pdf>
  25. Wanderley MB. Refletindo sobre a noção de exclusão In: Sawaia B, organizador. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes; 2007.
  26. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil [monografia na internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011 [acesso em 27/01/2014]. Disponível em: [http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012\\_web.pdf](http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf)
  27. Zaluar A. Condomínio do diabo. Rio de Janeiro: UFRJ/Revian; 1994.

# Atendimentos aos dissidentes da heteronormatividade: o sentido da afetação no tratamento universal, equânime e integral em saúde

*Attendance to heteronormativity dissenters: the sense of allocation in the universal treatment, equitable and comprehensive health*

Lívia Gonsalves Toledo<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo busca refletir sobre a qualidade dos atendimentos em saúde à população que apresenta modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativo, bem como as variáveis desta qualidade nos atendimentos. Além da falta de informação e capacitação profissional acerca dessa população – e suas especificidades no atendimento à saúde – e de sua invisibilidade no cotidiano social como elementos que contribuem para a má qualidade de atendimento, temos os modos de afetação subjetiva como um elemento de variação nessa mesma qualidade. A afetação positiva, no sentido de encontro-contato-experiência com o estranho, é o que cria a possibilidade de construção de sentimentos e posições positivas acerca da multiplicidade em seus aspectos diversos da normativa de sexo, gênero, desejo e práticas. É essa mesma afetação que possibilita o reconhecimento do humano no estranho, ampliando as margens da categoria humano.

**Palavras-chave:** População LGBT, Saúde, Direitos

## Abstract

This essay thinks of the quality of health care in the population that demonstrates ways of experiencing sexuality and existential ways in the diverse genre from heteronormative assumption, as well as variables of this quality in care. Apart from the lack of information and professional training on this population and its specificities in health care and their invisibility in everyday social life as contributing to the poor quality of care, we have ways of subjective allocation as an element of variation in the same quality. The positive allocation, towards meeting-touch-with the odd experience, creates the possibility of building positive feelings and positions on the multiplicity in various aspects of its rules of sex, gender, desire and practice. This same allocation that enables the recognition of the human in the wierd, expanding margins of human category.

**Keywords:** LGBT Population, Health, Rights

<sup>1</sup> Lívia Gonsalves Toledo (liviagtoledo@gmail.com) é psicóloga (2005), mestre (2008) e doutora (2013) em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP, Assis-SP).





## Introdução

**E**ste artigo busca apresentar uma reflexão sobre a qualidade dos atendimentos em saúde, em um panorama geral, à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBT) e outras pessoas que apresentam modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativ<sup>11</sup>. Ou seja, como são atendidas, nos diversos espaços do sistema de saúde, pessoas que não se relacionam exclusivamente com pessoas do sexo oposto; que não vivenciam as demandas de feminilidade e masculinidade coerentes com o que socialmente se espera para o sexo masculino e o sexo feminino; e, finalmente, que não se reconhecem identitariamente segundo as categorias que socialmente se estabelecem para quem apresenta um certo sexo que seja sócio-histórico-culturalmente lógico com um certo gênero (ser homem, masculino e heterossexual; ser mulher, feminina e heterossexual).

Entendendo que essa população vivencia violências e processos de exclusão históricos e culturais diversos – bem como também demanda algumas especificidades de atendimento em saúde física e psicológica justamente por sua dissidência da normativa heterossexual – é que se confirma a importância de deitar o olhar sobre a

condição dos atendimentos de saúde a essa população, especialmente no que diz respeito ao acolhimento adequado, com orientação informada, atual e embasada cientificamente e um olhar desprovido da moralização da vida e do sentido de patologização das existências não hegemônicas. Desse modo, afastando-se das concepções médicas e biologizantes tradicionais de saúde e se aproximando da concepção de saúde com base na formulação e execução de políticas econômicas e sociais de promoção, prevenção e recuperação, apontando para ações afirmativas e voltadas para a saúde física e mental dessas pessoas.

A invisibilidade da população é um dos elementos, dentre outros, que fomentam a não garantia de direitos em saúde. Porém, não se trata de uma invisibilidade simplesmente dada e desmotivada. A difusão e a repetição de modos de normatividade sobre modos de existência, desejos e práticas eróticas dissidentes da heterossexualidade criam o que Foucault<sup>7,8</sup> chama de regimes de verdade que despontalizam a presença (a visibilidade) das outras possibilidades de vivência do erotismo no cotidiano. Esses processos característicos de um modo de organização heteronormativa funcionam como uma linha de montagem subjetiva dissemi-

<sup>11</sup> Utilizo a sigla LGBT para referir-me a essa população, sem deixar de abarcar aqueles sujeitos que não afirmam posições identitárias – L lésbicas, G gays, B bissexuais, T travestis, transexuais e transgêneros –, portanto, levando

em conta também aquelas pessoas que apresentam modos de vivência da sexualidade e modos existenciais de gênero diversos do pressuposto heteronormativo, ainda que sem um posicionamento identitário.



nada por todo o corpo social veiculando uma verdadeira violência através da segregação daquilo que é múltiplo. Isto é, a invisibilidade não é um simples efeito da discriminação, exclusão e violência sobre os LGBTs; a “invisibilização” de modos de existências dissidentes da heterossexualidade é uma das formas de expressão da discriminação, exclusão e violência sobre os LGBTs<sup>18</sup>. Tal como afirma Schulman<sup>16</sup>:

A indústria das artes e entretenimento – os produtores de cultura popular – reforça a crueldade ao ativamente manterem essas experiências não representadas. Nesse sentido, os perpetradores da homofobia continuam a não serem responsabilizados. É um sistema dinâmico de perpetuação da dominação através da censura de experiências humanas (p. 76)

As diversas profissões de saúde devem estar afinadas com as demandas do movimento LGBT e com os próprios LGBT usuários dos serviços, sempre dialogando com esta população para um melhor atendimento e procedimentos de saúde. Ilustrativo disto é o diálogo do Conselho de Psicologia com associações de pessoas Trans<sup>III</sup>, com profissionais atuantes nos serviços à população Trans<sup>IV</sup> e estudiosos acadêmicos da temática na formulação de uma regulamentação técnica a qual recomenda que o profissional de psicologia preserve o direito e a autonomia dos transgêneros na decisão ou não de realizar uma cirurgia de transgenitalização, sem proposições de avaliação psicológica ou diagnósticos de gênero tratando a diferença como uma patologia.

Da mesma forma, é imprescindível que os equipamentos de saúde tenham proximidade, por exemplo, com a população de travestis e compreensão de sua altíssima vulnerabilidade diante da ausência de programas de assistência e saúde para as suas demandas específicas como pessoas que transformam seus corpos e estéticas em um feminino travesti (autoprescrição de hormônios, uso abusivo de silicone industrial), ou ainda pelo atendimento discriminatório dos profissionais de saúde, atendentes e outros usuários do serviço<sup>14</sup>. Nesse ramo de ilustrações, também podemos assinalar a importância de que os serviços médicos de ginecologia e preventivos a DST/Aids não formulem suas propostas

de tratamento e prevenção à população feminina presumindo que o atendimento é feito apenas a mulheres que se relacionam sexualmente com homens<sup>1</sup>.

Seria possível delinear especificidades diversas relativas a cada uma das múltiplas formas de existência no campo da diversidade sexual e de gênero e as ineficiências do sistema de saúde que se baseia em um modelo único de ser humano (o modelo heteronormativo), além dos diversos modos de exclusão e violências vivenciadas por esse público. Contudo, para além da questão da saúde física está a vulnerabilidade da população LGBT na busca de tratamento, acompanhamento e assistência em saúde, visto que é justamente o atendimento ou deficitário ou discriminatório e violento que promove a invisibilidade da multiplicidade nos espaços de saúde – seja no fato de pessoas que se relacionam com outras do mesmo sexo não assumirem sua diferença para os profissionais de saúde, o que muitas vezes implica um tratamento insuficiente ou equivocado; seja na ausência corporal de travestis, transexuais e transgêneros nesses locais, visto que sua simples estética e imagem são alvos de posições discriminatórias.

Soma-se então à deficiência de tratamento à saúde do corpo as problemáticas relacionadas à saúde mental e as consequências psicológicas da exclusão e violência. Segundo López<sup>11</sup>, a discriminação eleva o número de estressores sociais além do comumente vivenciado pelas pessoas em geral, o que aumenta a probabilidade de desenvolvimento de alguns transtornos psicológicos e emocionais. O autor afirma que há indícios de que transtornos de ansiedade, de estado de ânimo e o abuso de drogas se relacionem em muitos casos com fatores sociais. Segundo ele, pesquisas têm verificado maior vulnerabilidade da população LGBT em desenvolver transtornos de estado de ânimo e de ansiedade e talvez maiores proporções de transtornos psicológicos.

Sobre isso, é importante ressaltar a localização da origem desses transtornos, tomando o cuidado de não patologizar as pessoas LGBT ou sua condição e aplicar o foco desses desequilíbrios nos mais importantes componentes culturais da exclusão e da heteronormatividade. Forst e Meyer<sup>6</sup> afirmam:

<sup>III</sup> Associação Brasileira de Homens Trans (ABHT), Articulação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), Associação de Travestis de Salvador e Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).

<sup>IV</sup> Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids.

É importante notar que apesar de internalizado e insidioso, o quadro do estresse de minoria localiza a homofobia interiorizada em sua origem social, proveniente do heterossexismo e do preconceito social, e não de uma patologia interna ou de uma personalidade a ser tratada' (p. 97-98).

Castañeda<sup>4</sup> assinala a cólera, a ansiedade, a insegurança e o desamparo como emoções frequentemente disparadas pela violência aos LGBT, visto serem eles objeto de agressões contínuas muitas vezes já em idades bem prematuras – gozações, piadas, humilhações e violências verbais, psicológicas e físicas relativamente constantes e conscientes às quais são expostos no cotidiano. E diante de uma cultura que invidualiza processos sociais e institui culpa aos indivíduos por suas diferenças ao hegemônico, a implementação desses sentimentos gerados pela violência e exclusão aos LGBT contra si mesmos pode produzir atitudes autodestrutivas. Sanders<sup>15</sup> diz que jovens LGBT estão três vezes mais propensos a tentar o suicídio que os jovens não dissidentes, e até 30% de todos os suicídios que ocorrem na adolescência podem estar relacionados com questões de identidade sexual e de gênero.

No Brasil, em estudo empreendido por Teixeira-Filho e Rondini<sup>17</sup> com mais de dois mil adolescentes de escolas públicas da região do oeste paulista em 2009, apresentam-se outras estatísticas igualmente afirmando uma considerável maior vulnerabilidade dos jovens dissidentes da heterossexualidade. Entre os jovens estudados, os pesquisadores verificaram que os não heterossexuais da amostra apresentaram “aproximadamente” o dobro de chances de pensar em suicídio, comparativamente aos heterossexuais, e os não heterossexuais têm “aproximadamente” o triplo de chances de tentar suicídio, comparativamente aos heterossexuais<sup>17</sup> (p. 658), confirmando os dados internacionais.

Esses dados denunciam a necessidade urgente de serviços públicos de atendimento psicossocial voltados para essa população e confirmam a importância no investimento em formação e capacitação de profissionais das mais variadas áreas, especialmente aqueles

que estão em contato frequente com a população LGBT, como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e médicos, atentos às vulnerabilidades e com um olhar à saúde de modo integral. Portanto, compreendendo a saúde não como um fenômeno puramente biológico, uma vez que esta é resultante também de condições socioeconômicas e culturais, em uma perspectiva biopsicossocial.

Uma análise propriamente política da exclusão e violência sobre a população LGBT converge, desse modo, para a crítica dessa ordem social heteronormativa de modo a produzir saúde psicológica, mental e física a todos os atingidos pelas imposições do sistema heteronormativo. É aí que podemos considerar o oposto de saúde não como doença, mas sim como sofrimento.

Entretanto, além da informação e formação daqueles profissionais na perspectiva dos direitos civis e humanos (entre eles o direito à saúde) das pessoas que não vivenciam a sexualidade e a identidade segundo a normativa heterossexual, o processo de aceitação e respeito à diversidade aponta para complexas e recônditas experiências, sensações e afetos que compõem a subjetividade. Não se trata apenas do acesso à informação, visto que “discriminar” não está relacionado a uma atitude totalmente consciente. Tal como afirmam Natividade e Oliveira<sup>13</sup>, *reações viscerais de repúdio à diversidade sexual devem ser pensadas como atitudes políticas, motivadas por fatores culturais e manifestadas no nível da própria corporalidade. O caráter visceral de certas reações encobre suas fontes morais* (p. 128).

Por isso, além de informação e conhecimento atualizado, científico e, acima de tudo, laico<sup>vi</sup>, a respeito da diversidade, mais que isso é a afetação que comporá as possibilidades de modos de relações pautados no respeito e na aceitação da diversidade.

Ainda que as subjetividades se produzam seguindo as regras do contexto heteronormativo – e compondo-se segundo suas normas mais todas as formas de negação, exclusão e violência sobre o que foge desse sistema de ordenação das sexualidades –, mudanças nos modos de subjetivação são possíveis, produzindo

<sup>v</sup> Versão minha do original em inglês: “It is important to note that despite being internalized and insidious, the minority stress framework locates internalized homophobia in its social origin, stemming from prevailing heterosexism and sexual prejudice, not from internal pathology or a personality trait.”

<sup>vi</sup> Laicidade é a forma institucional existente nas sociedades democráticas que permite a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios

cidadãos, pressupondo a não interferência de uma ou mais religiões em assuntos políticos e culturais. Laico remete, portanto, à ideia de neutralidade sobre questões religiosas. É a laicidade que garante a todo indivíduo o direito de adotar e manifestar uma convicção de fé religiosa, de mudar de convicção e de não adotar nenhuma.





personagens respeitadas para com a diferença, a multiplicidade, a dissidência erótica, apresentando posições de acolhimento, proteção, apoio, solidariedade, empatia, companheirismo e preocupação. Quer dizer, ainda que tenhamos a tendência a rejeitar a homossexualidade e as dissidências de gênero sobre diversos vieses, nem sempre produzimos nossa subjetividade dessa maneira, ou nem sempre permanecemos na mesma posição de rejeição.

Com base nos conceitos de *devir*, *anômalo* e *experiência* é que vamos entender o sentido da afetação com a multiplicidade. Por mais que sejam negados ou invisibilizados os modos de existência não heteronormativos no cotidiano, sabemos que a diferença existe nas instâncias da subjetivação de níveis infrapessoais (o que está em jogo no sonho, na criação), pessoais e interpessoais, compondo uma multiplicidade existencial e desejante.

Segundo Deleuze e Guattari<sup>5</sup>, por toda parte onde há multiplicidade, há excepcionalidades, anomalias em relação a ela, as quais têm muitas posições possíveis e com as quais será possível fazer aliança para o devir. O encontro com esses anômalos, ou seja, a experiência (a relação de aliança advinda de um contato), é o que permite a produção dessas mudanças nos modos de subjetivação. O anômalo é condição necessária ao devir. Para os autores, um devir é um entre-dois, não é nem o antes nem o depois, mas a fronteira ou a linha de fuga perpendicular aos dois (como entre o igual e o estranho). O devir constitui uma zona de vizinhança e de indiscernibilidade, pois não é localizável, mas leva um algo para a vizinhança do outro algo.

O anômalo não é uma pessoa, nem um modelo, nem um sentimento familiar. O anômalo é uma posição ou um conjunto de posições em relação a uma multiplicidade<sup>5</sup> (p. 21), é um fenômeno de borda que abriga apenas afetos. Ao fazer uma relação de aliança com o anômalo, é possível contaminar-se com os afetos: vertigem, curiosidade, terror, atração, ânsia etc., saindo da ordem, alcançando um espaço indiscernível, sem individuação, um espaço desestabilizador.

O anômalo bordejando uma multiplicidade – e, pensando em multiplicidade humana, podemos entender o anômalo como tudo aquilo que está em fuga da margem humana, entendendo o humano como tudo aquilo que é reconhecido como tal, digno de reconhecimento e digno de vida, ou seja, tem espaço no cotidiano e é uma vida que importa<sup>2,3</sup>; não matável, segundo a conceituação de Haraway<sup>10</sup>. Por isso, é preciso entrar em contato com o anômalo para criar novos sentidos sobre a multiplicidade que ele bordejando, sendo levado às vizinhanças da margem por meio do devir, nos contagiando no anômalo.

O encontro com o anômalo irrompe em produção de singularidades. A visibilidade e a enunciação dos modos de existência dissidentes, somadas às possibilidades de interlocução afetiva com pessoas que vivenciam a dissidência (como a relação de uma enfermeira com sua paciente trans, por exemplo), têm permitido esse encontro, essa produção de modos de subjetivação singular. Isto é, o contato inter-relacional com a pessoa dissidente desemboca na possibilidade de criação afetiva positiva, o que, por sua vez, permite a aliança com o anômalo desencadeando a transformação e a ressignificação subjetiva diante da dissidência erótica. A partir do transbordamento sobre essa zona indiscernível, vizinha, marginal, é possível reconhecer o humano em seres afirmados hegemonicamente como abjetos e matáveis. Segundo Butler<sup>3</sup>:

O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas 'inóspitas' e 'inabitáveis' da vida social que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do 'inabitável' é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. (p. 155)

O reconhecimento de alguém como humano, portanto, não se dá apenas na informação, não apenas no conhecimento da diversidade, não apenas em capacitações profissionalizantes ou simples formação acadêmica, não apenas na tolerância de suas existências, mas sim na produção de sensibilidades em relação à

<sup>VI</sup> Laicidade é a forma institucional existente nas sociedades democráticas que permite a relação política entre o cidadão e o Estado, e entre os próprios cidadãos, pressupondo a não interferência de uma ou mais religiões em assuntos políticos e culturais. Laico remete, portanto, à ideia de neutralidade sobre questões religiosas. É a Laicidade garante a todo o indivíduo o direito de adotar e manifestar uma convicção de fé religiosa, de mudar de convicção, e de não adotar nenhuma.

pessoa que está justamente nesse âmbito de singularização de aliança com o anômalo. Guattari e Rolnik<sup>9</sup> já disseram que as pessoas se insensibilizam quando bloqueiam os potenciais de singularização, fazendo com que a experiência deixasse de funcionar como referência para a criação de modos de organização no cotidiano, portanto, ao aderir a processos normatizadores da subjetividade.

O reconhecimento da pessoa como humano está justamente na desconstrução de sua categoria de abjeta e matável. Ver um ser como humano implica a capacidade de apreender este ser como um ser que sente, e que sente afeição e dor, que ama e sofre. A consideração de um ser como humano está no reconhecimento de sua capacidade de amar, assim como no reconhecimento de sua capacidade de sofrer.

A partir da ampliação da margem que bordeja a categoria humano, mais seres possam usufruir dos direitos, de autonomia e do respeito com as suas vidas. É a colocação das ciências, cientistas, estudantes e profissionais em contato com as realidades não hegemônicas da sexualidade e da construção de gênero, em experiência com o estranho, que permitirá ultrapassar as limitações e os engessamentos na área da saúde e promover possibilidades de mudanças da qualificação do atendimento à população LGBT e dissidente da heteronormatividade. É apenas questionando o dado que se produz o novo, produzindo diretrizes éticas e técnicas no contato com o diverso, ampliando a concepção de significado de humanidade, tendo não apenas a referência de heterossexualidade, mas a referência da multiplicidade para a saúde segundo o princípio do Sistema Único de Saúde – universalidade, equidade e integralidade.

Com tudo isso, vemos com Merleau Ponty<sup>12</sup> que *a apreensão das significações se faz pelo corpo: aprender a ver as coisas é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio, é enriquecer e reorganizar o esquema corporal* (p. 212). Esta é uma das formas de combater os retrocessos nas diversas áreas do conhecimento, reconhecendo os diversos modos de se vivenciar e compor as sexualidades e a identidade, combatendo a marginalização e garantindo o direito dessas pessoas como cidadãos (acesso aos serviços públicos de saúde) e como seres humanos (a dignidade).

#### Referências

1. Barbosa RM, Facchini, R. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006.
2. Butler J. Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”. London: Routledge; 1993.
3. Butler J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro, GL, organizadora. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Silva TT, tradutor. Belo Horizonte: Autêntica; 2000. p. 151-172.
4. Castañeda M. A experiência homossexual: explicações e conselhos para os homossexuais, suas famílias e seus terapeutas. Hervot B, Teixeira-Filho FS, tradutores. São





Paulo: A Girafa; 2007.

5. Deleuze G, Guattari, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia, 4. Rolnik S, tradutor. São Paulo: Ed. 54; 1997.
6. Forst DM, Meyer IH. Internalized homophobia and relationship quality among lesbians, gay men, and bisexuals. *J Counseling Psychol.* 2009;56 (1):97-109.
7. Foucault M. *Microfísica do poder.* 2. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
8. Foucault M. *A verdade e as formas jurídicas.* 2. ed. Rio de Janeiro: Nau; 1999.
9. Guattary F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo.* Petrópolis, RJ: Vozes; 1996.
10. Haraway DJ, Azerêdo SMM. Companhias multiespécies nas naturezaculturas: uma conversa entre Donna Haraway e Sandra Azerêdo. In: Maciel ME, organizadora. *Pensar/escrever o animal: ensaios de zopoética e biopolítica.* Florianópolis: UFSC; 2011. p.389-417.
11. López JJO. Víctimas de la homofobia: consecuencias psicológicas [monografia na internet]. Castellon: Asociación Cristiana de Gais i Lesbianes de Catalunya; s.d [acesso em 12. fev. 2011]. Disponível em: [http://www.acgil.org/documents/246\\_documents\\_Victimasdelahomofobia,JorgeOsma.pdf](http://www.acgil.org/documents/246_documents_Victimasdelahomofobia,JorgeOsma.pdf).
12. Merleau Ponty, M. *Fenomenologia da percepção.* São Paulo: Martins Fontes; 1994.
13. Natividade M, Oliveira L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana.* 2009;2:121-161.
14. Peres WS. *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania.* [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2005.
15. Sanders GL. O amor que ousa declarar seu nome: do segredo à revelação nas afiliações de gays e lésbicas. In: Imber-Black E, organizador. *Os segredos na família e na terapia familiar.* Batista D, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p.219-244.
16. Schulman S. Homofobia familiar: uma experiência em busca de reconhecimento Fernandes FBM, tradutor. *Bagoas.* 2010;5:67-78.
17. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc [periódico na internet].* 2012 [acesso em 6 nov 2012];21(3):651-667. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/11.pdf>.
18. Toledo LG. *Será que eu to gostando de mulher?: tecnologias de normatização e exclusão da dissidência erótica feminina no interior paulista* [tese de doutorado]. Assis-SP: Universidade Estadual Paulista; 2013.

# Inclusão: território da ambivalência

## Inclusion: the territory of ambivalence

Célia Regina de Souza Cauduro<sup>1</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo é apresentar reflexões sobre as políticas públicas de inclusão, cujo foco é criar melhores condições de vida e saúde para as pessoas com limitações físicas, sensoriais ou cognitivas, discriminadas pelas suas diferenças. Ao promover a inclusão, criam-se melhores condições para o enfrentamento da violência subjacente à exclusão e ao preconceito sofridos por essas pessoas. Este texto procura integrar as políticas públicas de inclusão e a dinâmica social onde estão inseridas, conduzindo uma compreensão de que os processos de inclusão e exclusão não dependem apenas da formulação de tais políticas, mas das condições psicossocioculturais que definem a vida dos portadores de limitações físicas, sensoriais ou cognitivas.

**Palavras-chave:** Inclusão, Exclusão, Educação Especial

### Abstract

This paper's goal is to present thoughts on inclusion public policy, whose focus is to create better living conditions and health for people with physical, sensory or cognitive limitations who distinguish themselves by their differences. Promoting inclusion, it's developed better conditions in order to face the underlying violence, the exclusion, and the prejudice suffered by those people. This paper seeks to integrate inclusion public policies as well as the social dynamics in which are inserted, leading to an understanding that both processes of inclusion and exclusion does not depend on the formulation of such policies, but the psychosocio-cultural conditions that define the lives of people physical, sensory or cognitive limitations.

**Keywords:** Inclusion, Exclusion, Special Education

<sup>1</sup> Célia Regina de Souza Cauduro (ccauduro@usp.br) é doutora em Neurociência e Comportamento – NEC – USP SP, pós-doutoranda em Psicologia – Instituto de Psicologia - USP SP.





### Introdução

**P**ensar em políticas públicas de inclusão das pessoas com limitações físicas, sensoriais ou cognitivas nos diferentes contextos sociais conduz à reflexão sobre a inclusão e a exclusão desse grupo, como dimensões da dinâmica social onde ele está inserido. O foco dessas políticas é criar melhores condições de vida e saúde para as pessoas discriminadas pela sua diferença. Ao promover a inclusão, criam-se melhores condições para o enfrentamento da violência subjacente à exclusão e ao preconceito. A dinâmica social está fundamentada em um conjunto de signos e sentidos produzidos nas relações com os outros.

As ações humanas adquirem múltiplos significados e sentidos, tornando-se práticas significativas, a depender das posições e dos modos de participação dos sujeitos nas interações. A questão da apropriação relaciona-se com o outro e os diferentes modos de participação desse outro nas práticas sociais. Em tais práticas, o sujeito constitui-se nas relações significativas<sup>4</sup>. Políticas públicas de inclusão e a dinâmica social coabitam um mesmo plano, que se define pela experiência real do sujeito no seu cotidiano. Os indivíduos com deficiências, vistos como “doentes” e incapazes, sempre estiveram em situação de maior desvantagem, ocupando, no imaginário coletivo, a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não de sujeitos de direitos sociais, entre os quais se inclui o direito à educação<sup>6</sup>.

Percorrendo os períodos da história universal, verificamos que na pré-história, nas culturas primitivas, a sobrevivência era garantida pela caça e pela pesca, o que criava a necessidade de constantes mudanças de lugares, imprimindo a esse povo uma característica nômade. Nessa organização social, não havia lugar para as pessoas portadoras de qualquer deficiência que as impedissem de obter os recursos que garantissem a sobrevivência do grupo. Como solução, essas pessoas eram abandonadas em lugares perigosos sem nenhum tipo de provisão. Na Grécia antiga, nas sociedades movidas pelo ideal de perfeição, os portadores de deficiências eram considerados subumanos, que deveriam ser abandonados e eliminados. Um dos paradigmas é o espartano. Na medida em que se dedicavam à guerra, em que valorizavam a ginástica, a dança, a estética etc., a perfeição do corpo (forte, belo) era o grande objetivo. Se, ao nascer, a criança apresentasse alguma deficiência, era eliminada. Praticava-se uma eugenia radical, na fonte. A eliminação se dava porque a criança não se encaixava no “leito de Procusto” dos espartanos<sup>2</sup>.

No Império Romano, principalmente três práticas expressavam a percepção que a sociedade tinha dos portadores de deficiências. Considerados como portadores de monstruosidades, eram condenados ao infanticídio, vendidos no mercado como escravos especiais ou usados para divertir os convidados nas festas da realeza.



A ideia de relacionar a deficiência ao pecado vai se tornando mais evidente, justificando a segregação e a estigmatização, levando muitas pessoas a serem queimadas na fogueira da Inquisição. Portanto, a questão da deficiência só será compreendida se inserida no amplo espectro do processo histórico de como os homens foram atendendo às suas necessidades básicas e como foram construindo sua subjetividade<sup>2</sup>.

Não é objetivo deste texto ampliar as contribuições sobre o lugar que o portador de deficiências ocupou nos diferentes momentos da história da civilização. Porém, essas sucintas referências são suficientes para que se perceba como foi se forjando a concepção segregadora da deficiência.

### A inclusão na saúde, no trabalho e na educação

Temos assistido a um crescente avanço na produção do conhecimento das mais diversas áreas que fundamentam a compreensão das possibilidades humanas e conseqüentemente as mudanças de legislação, que foram sendo produzidas para a conquista de direitos sociais. Nesse sentido, ganha destaque a formulação de uma série de leis e decretos com o objetivo de normatizar a inclusão dos portadores de deficiências na sociedade. Na segunda metade da década de 90, com a difusão da conhecida Declaração de Salamanca da Unesco, propõe-se, entre outros pontos, que as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares, que a elas devem se adequar.

Nessa época, o Brasil assume o compromisso de lutar pelo ensino inclusivo. Em 1991, ocorre a promulgação da lei n. 8.213/91, que fixa cotas percentuais de acordo com o número de empregados. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, n. 9.394/96, garante a educação e o atendimento especializado na rede regular de ensino. Em 2000, a lei n. 10.098/00 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. A lei n. 10.436, de abril de 2002, reconhece como meio legal de comunicação e expressão a língua brasileira de sinais (Libras) e outros recursos de expressão a ela associados.

Em 9 de outubro de 2007, o Ministério da Educação e Cultura/Secretaria de Educação Especial (MEC/SEESP) apresenta a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. O de-

creto n. 6.571/2008 reestrutura a educação especial no país. De acordo com Diniz, em 1976 a UPIAS (Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação), primeiro grupo de pesquisadores da deficiência, formado e gerenciado por deficientes, propagou a desconstrução do deficiente como uma pessoa anormal, afirmando que *a deficiência decorria do desamparo institucionalizado de organizações sociais e políticas pouco sensíveis à diversidade corporal, implicando em uma experiência de opressão, assim como a aplicada às mulheres e negros*<sup>3</sup> (p.53).

Em 1980, a publicação da ICIDH (Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap) pela Organização Mundial da Saúde apresenta uma visão negativa da deficiência ao se constituir em um catálogo oficial de lesões e deficiências, semelhante à Classificação Internacional de Doenças (CID), aproximando as deficiências das doenças e afastando-as do campo sociológico, confirmando a concepção de anormalidade do portador de deficiências. Em 1990, foi feita a revisão da ICIDH, desta vez com a participação de entidades acadêmicas e movimentos sociais de portadores de deficiências. Em 2001, foi divulgada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF), trazendo uma proposta de integração dos modelos médico e social da deficiência.

No campo do trabalho, os resultados da pesquisa de Leão e Silva<sup>7</sup> sobre a vivência de deficientes auditivos e físicos, em uma grande empresa do Vale do Paraíba, mostram que existem depoimentos que denotam sofrimento causado pelo desgaste físico e psíquico, assim como a expressão de sentimentos prazerosos pela autonomia que o estar empregado gera. Porém, os sentimentos de sofrimento se sobrepõem aos de prazer, uma vez que a visão da deficiência como anormalidade ainda prevalece, dificultando o crescimento profissional e uma verdadeira inclusão no trabalho. Apesar do sentimento de sofrimento que esses trabalhadores têm, pelo tratamento diferenciado e os constrangimentos do cotidiano, eles consideram que tal situação se origina na falta de conhecimento da sociedade de suas possibilidades de qualificação profissional e conseqüente falta de credibilidade em seus trabalhos. O que confirma um dos relatos:

Sei que ainda tem muito preconceito, percebo isso com os olhares, e os meus amigos deficientes também dizem isso [...] Fico triste apenas porque eu sei que poderia contribuir

mais. [...] Acham que quem tem o corpo perfeito vai render mais, mas na verdade nem sempre é assim. Esse tipo de coisa eu tenho que aceitar, mesmo não concordando, porque é fato. Alguns ficam revoltados com essa situação<sup>6</sup>.

Embora essa empresa adote uma ação afirmativa em relação às pessoas portadoras de deficiências, pois trabalha com a Lei de Cotas, contraditoriamente as vivências indicam que não há um acolhimento das diferenças como uma prática inclusiva e emancipatória desses indivíduos, muito menos a possibilidade de um diferencial competitivo. Percebe-se que a deficiência é, ainda, um impedimento para o crescimento profissional dessas pessoas – e as atividades que desempenham sofrem forte controle, pressão e hierarquia. Elas têm uma convivência entre si muito precária, o que dificulta o compartilhamento dos conflitos referentes à realidade do trabalho. Falta uma assistência coletiva para enfrentar o sofrimento e/ou amenizá-lo<sup>6</sup>.

A preocupação com a inserção dos portadores de necessidades especiais nos diferentes domínios da organização social (saúde, educação e trabalho), a partir das políticas públicas de inclusão, não garante a ruptura de ações discriminatórias por representações sociais preexistentes ou pelo “imaginário coletivo”<sup>1</sup>. As representações sociais são parte integrante da reconstrução da realidade, devido à dinâmica comunicação-representação presente nas interações dos indivíduos ou dos grupos com os objetos sociais, e traduzem um conjunto de conhecimentos que permitem que o indivíduo se situe no mundo. Segundo Moscovici<sup>4</sup> as representações sociais são elementos de uma cadeia de reação de percepções, opiniões e noções, o que significa que não é possível conseguir nenhuma informação sem que tenha sido previamente distorcida pelas representações sociais impostas.

[...] o conceito de “imaginário coletivo”, desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999) numa tentativa de resgatar o substrato afetivo-emocional das manifestações simbólicas das subjetividades grupais. Vemos, desse modo, como a imaginação coletiva que se tece ao redor da figura dos excluídos pode ser perfeitamente tomada como fenômeno digno de atenção teórico-clínica, legitimando abordagens que facilitem sua expressão e transformação<sup>1</sup>. (p. 156).

Pensar no portador de limitações físicas, sensoriais e cognitivas a partir dos signos e sentidos produzidos nas relações com os outros é algo que ordena a com-

preensão de que a experiência humana não é produzida pelos indivíduos isoladamente, distanciada de seu viver, mas na trama de relações sociais que se estabelecem no grupo ao qual pertencem. Recusa a noção de sujeito psicológico, portador de um aparelho psíquico abstrato, mas sugere a compreensão da subjetividade humana no âmbito da própria vida. É sob a influência das relações intersubjetivas que as atitudes emocionais, os afetos, vão adquirindo o caráter de sentimentos. Os sentimentos são específicos dos homens, possuem natureza histórico-social, originando-se de necessidades e vivências socioculturais e organizando-se em função das condições da vida e das atitudes do homem perante suas experiências.

É possível um lugar que possibilite práticas sociais significativas ao portador de deficiências, que assegurem o processo de desenvolvimento humano, na extensão mais ampla deste conceito, no mundo atual? Neste mundo contemporâneo do tempo presente, do desejo imediato, do rótulo que vale mais que o conteúdo, do corpo que não pode mostrar suas marcas, da glorificação do eu, da não alteridade, da falta que não pode ser simbolizada, promover a inclusão significa, sobretudo, uma mudança de postura e olhar acerca da deficiência. Implica romper paradigmas.





### Referências

1. Ávila CF, Tachibana M, Aiello-Vaisberg TMJ. Qual é o lugar do aluno com deficiência? O imaginário coletivo de professores sobre a inclusão escolar. *Paidéia*. 2008; 18(39):155-164.
2. Bianchetti, L. Aspectos históricos da educação especial. *Rev Bras Ed Esp*. 1995; 3:7-19.
3. Diniz D. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense, 2007. 96p. (Coleção Primeiros Passos, 324)
4. Fragozo FMRA, Casal J. Representações sociais dos educadores de infância e a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. *Rev Bras Ed Esp*. 2012;18(3):527-546.
5. Freitas AP. Um estudo sobre as relações de ensino na educação inclusiva: indícios das possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem. *Rev Bras Educ Espec*. 2012;18(3): 411-430.
6. Leão MABG, Silva LS. Violência de trabalhadores com deficiência: uma análise à luz da psicodinâmica do trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2012;37:159-169.
7. Távares Filho TE. Fundamentos da educação inclusiva. Universidade Federal do Amazonas.

### Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

**Fontes de indexação:** o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

**Copyright:** é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

**Patrocinadores:** o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

**Resumo:** os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br), antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

**Submissão:** os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail [boletim@isaude.sp.gov.br](mailto:boletim@isaude.sp.gov.br) e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

**Título:** deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

**Autor:** o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

**Subtítulos do Texto:** nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

**Corpo do Texto:** o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Transcrições de trechos dentro do texto:** devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

**Citação de autores no texto:** deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

**Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros):** devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

**Referências bibliográficas:** preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

**Espaçamento das referências:** deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

**Termo de autorização para publicação:** o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

**Obs.:** no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

**Avaliação:** os trabalhos são avaliados pelos editores científicos e por editores convidados, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

**Acesso:** a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP, em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

**Portal de Revistas da SES-SP** – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>  
**Instituto de Saúde** – [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)

## BIS - números já editados



BIS (v.14 - nº3)  
Enfrentamento da violência pela  
Saúde



BIS (v.14 - nº2)  
Avaliação de Tecnologia  
de Saúde



BIS (v.14 - nº1)  
Saúde do homem no SUS



BIS (v.13 - nº3)  
A incorporação dos resultados das  
pesquisas científicas no SUS

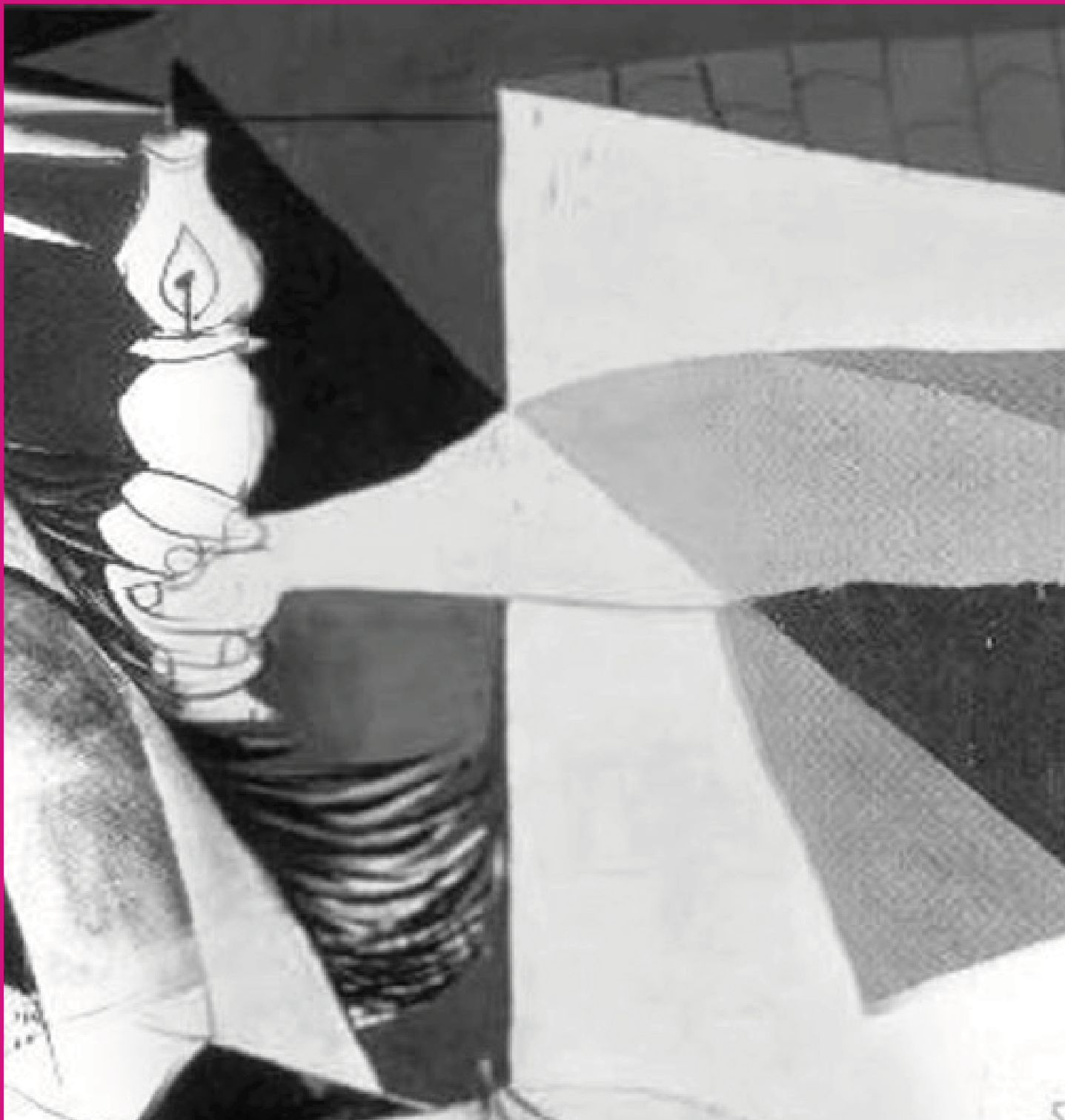


BIS (v.13 - nº2)  
Mosaico de inclusões



BIS (v.13 - nº1)  
Programa de Pesquisa para o  
SUS

**Edições disponíveis no site [www.isaude.sp.gov.br](http://www.isaude.sp.gov.br)**



**SECRETARIA  
DA SAÚDE**

