cadernos PENSES

I FÓRUM SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

MÚLTIPLOS OLHARES

CASA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

UNICAMP

Fórum Pensamento Estratégico PENSES GR - UNICAMP

I FÓRUM SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

MÚLTIPLOS OLHARES

Belo Horizonte
Fevereiro / 2017

Universidade Estadual de Campinas

Reitor
José Tadeu Jorge

Coordenador Geral da Universidade
Alvaro Penteado Crosta

Fórum Pensamento Estratégico

Coordenador
Julio Cesar Hadler Neto

Coordenadora Adjunta
Adriana Nunes Ferreira

Denise Tukaça
Guilherme Gorgulho Braz
Luciane Politi Lotti
Maria Luisa Fernandes Custódio
Beatriz Alencar (estagiária)
Gabrielle Albiero (estagiária)
Luane Casagrande (estagiária)

cadernos PENSES

I FÓRUM SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

MÚLTIPLOS OLHARES

CASA DA EDUCAÇÃO FÍSICA

UNICAMP

Fórum Pensamento Estratégico
PENSES
GR - UNICAMP

I Fórum sobre violência contra a mulher: múltiplos olhares
Copyright 2017 Instituto Casa da Educação Física

Instituto Casa da Educação Física
Rua Bernardo Guimarães, 2765 - Santo Agostinho
CEP 30140-085 - Belo Horizonte - MG
Tel.: (31) 3275-1243 - www.casaef.org.br

Este livro segue as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.
Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios mecânicos ou outros quaisquer, sem autorização por escrito dos editores.

Impresso em Belo Horizonte, MG - Brasil
Coordenação: Julio Cesar Hadler Neto
Coordenação adjunta: Adriana Nunes Ferreira
Edição: Guilherme Gorgulho
Assistente de edição: Gabrielle Albiero, Luane Casagrande (estagiárias)
Revisão: Grazia Maria Quagliara
Projeto gráfico: Ana Basaglia | Uniqua

ISBN: 978-85-98612-42-3

Ficha Catalográfica

F745 I Fórum sobre violência contra a mulher: múltiplos olhares / coordenação de Julio Cesar Hadler Neto e Adriana Nunes Ferreira. - Belo Horizonte: : Instituto Casa da Educação Física / Unicamp e Fórum Pensamento Estratégico - PENSES, 2017.

146p. (Cadernos PENSES)

1. Violência contra a mulher - Brasil. 2. Políticas públicas - Violência contra a mulher. I. Fórum Pensamento Estratégico - (PENSES). II. Hadler Neto, Julio Cesar. III. Ferreira, Adriana Nunes.

CDD: 364.155981
CDU: 343.435(81)

Elaborada por: Maria Aparecida Costa Duarte – CRB/6-1047

MENSAGEM DO REITOR

UMA DAS formas pelas quais a universidade pública pode cumprir seu dever de retribuir o investimento que recebe da sociedade é por meio de sua participação na formulação de políticas que visem tornar o mundo em que vivemos mais justo e harmonioso.

A Unicamp, por conta de sua essência inovadora, da qualidade de seus profissionais e alunos e do alto nível do conhecimento que produz, tem plenas condições de desempenhar papel ainda mais relevante do que o que já desempenha como fornecedora de subsídios para políticas públicas de abrangência local, nacional e até mesmo internacional.

Foi exatamente para aproveitar melhor esse potencial que a Universidade criou, em julho de 2013, o Fórum Pensamento Estratégico, órgão articulador cuja principal função é aproximar as atividades acadêmicas dos anseios e necessidades da sociedade.

O PENSES vem, desde então, reunindo representantes da academia e de diversos outros setores para refletir e debater sobre grandes temas da atualidade a partir de uma perspectiva multi e interdisciplinar. A intenção é a de que dessas reuniões, todas elas abertas ao público, emerjam novas ideias, percepções e informações que possam servir de base para a elaboração de políticas públicas nas mais variadas áreas.

Os Cadernos PENSES reproduzem, na íntegra, o conteúdo de cada um dos encontros já promovidos pelo órgão — das palavras introdutórias às derradeiras considerações dos debatedores, sem deixar de fora as sempre enriquecedoras intervenções da plateia. Disponíveis nos

formatos impresso e eletrônico, constituem valiosa fonte de referência para formuladores de políticas públicas em todas as esferas de governo e, também, importante material de apoio às atividades de ensino e pesquisa da Universidade.

Ao publicar os Cadernos PENSES, a Unicamp reafirma seu compromisso com a sociedade, que a financia, ao mesmo tempo em que fortalece aquelas que são as suas missões fundamentais: formar recursos humanos qualificados e produzir e disseminar conhecimento. Que esses volumes possam contribuir, de fato, para que vivamos todos em um mundo melhor.

JOSÉ TADEU JORGE
Reitor da Unicamp

SUMÁRIO

11 INTRODUÇÃO

17 PARTE I

Ações governamentais de enfrentamento da violência contra a mulher
Luana Grillo da Silva – Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

31 PARTE II

Abordagem interdisciplinar no enfrentamento da violência contra a mulher e a família
Carmen Simone Grilo Diniz – USP
Arlete Maria dos Santos Fernandes – Unicamp
Carla Andreucci Polido – UFSCar
Wânia Pasinato – socióloga
Ana Paula Meirelles Lewin – Defensoria Pública do Estado de SP
Branca Paperetti – Casa Eliane de Grammont

72 PARTE III

Depoimentos
Isaura Trevisan Moreira – psicóloga
Maria do Carmo Pereira Sousa – líder comunitária

95 PARTE IV

Ações transformadoras
Melania Ramos de Amorim – Imip
Rosse Mahó Llaveria Lafulla – Unicamp
Priscila Cavalcanti de Albuquerque Carvalho – Artemis
Lucélia Braghini – SOS Ação Mulher e Família
Teresa Cristina Rodrigues dos Santos – Comesp

Todos os vídeos do **I Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Olhares** estão disponíveis no canal do PENSES no YouTube (www.youtube.com/forumpensamentoestrategicopensesunicamp), e os arquivos com as apresentações dos palestrantes estão na página do PENSES (www.gr.unicamp.br/penses).

INTRODUÇÃO

O BRASIL AINDA não dispõe de uma rede integrada e eficiente de apoio às mulheres vítimas de violência, apesar dos esforços do governo federal, da Justiça e de organizações não governamentais. A grave situação foi um dos temas debatidos em 9 de abril de 2014, durante o I Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Olhares, realizado pelo Fórum Pensamento Estratégico (PENSES) na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O foco dos debates, que reuniram representantes de diversas esferas de governo, academia e terceiro setor, se concentrou principalmente nas questões de violência doméstica, sexual e obstétrica. O objetivo do PENSES, ao reunir diferentes atores em torno da discussão deste problema central e multifacetado, foi ampliar a compreensão deste fenômeno e dar subsídios ao desenho de políticas públicas destinadas a sua mitigação. Este caderno reúne as transcrições, revistas pelos apresentadores, das diversas contribuições ao debate ocorrido no Fórum.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) da Presidência da República apresentou durante o Fórum as ações do governo federal de combate à violência contra a mulher. A assessora de Projetos Especiais da SPM, Luana Grillo da Silva, abordou as ações previstas no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que orienta as políticas estaduais e municipais. Entre seus eixos de atuação estão: a garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; a ampliação e o fortalecimento da rede especializada de servi-

ços; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; e o enfrentamento da exploração sexual. A representante da SPM manifestou a preocupação do órgão com a articulação da rede de serviços no Brasil, passados mais de sete anos da implantação do Pacto. Segundo ela, a falta de integração de órgãos do Poder Executivo e do Judiciário, principalmente, prejudica a vítima de violência, que muitas vezes não consegue o suporte necessário.

Um dos depoimentos apresentados durante o Fórum, e que teve grande repercussão, foi feito pela líder comunitária Maria do Carmo Pereira de Sousa, mais conhecida como Carmen, do Jardim Colúmbia, em Campinas. Ela relatou como foi vítima de todo tipo de violência desde a infância, quando foi rejeitada por pai e mãe, e acabou se tornando moradora de rua com apenas 12 anos. No Ceará, Carmen foi vítima constante de violência doméstica, chegando até a abortar uma gestação aos cinco meses, após ser espancada pelo marido. Posteriormente, ela acabou indo para Campinas como vítima do tráfico de mulheres.

Ao testemunhar diariamente as agressões contra as mulheres de sua comunidade, conhecida como Menino Chorão, que reúne 200 famílias, Carmen organizou uma rede de apoio mútuo em que as mulheres denunciam e punem os agressores sem recorrer ao Poder Público. Se um homem bate na companheira, ele é punido com a exclusão das únicas atividades de lazer do bairro — o bar e o jogo de futebol. Além disso, os agressores são submetidos a uma "disciplina" que consiste em abstinência sexual pelo prazo que a mulher agredida determinar. Em casos extremos, o reincidente pode até sofrer agressões físicas do grupo de mulheres. "Se a gente se unir, a gente muda o mundo. Cada uma de nós tem que fazer um pouquinho para ajudar nossas parceiras", defendeu a líder comunitária. O Fórum também exibiu vídeos com depoimentos de vítimas de violência feitos exclusivamente para o evento.

A violência praticada contra gestantes antes, durante e depois do parto ainda é pouco conhecida da sociedade, mas tem mobilizado um grande contingente de militantes em manifestações públicas e

por meio da internet. A médica Simone Grilo Diniz, professora da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), apresentou um histórico sobre a violência obstétrica e definiu termos e conceitos essenciais para a compreensão dessa modalidade de violência institucional. Segundo a médica, ela se caracteriza por "qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres". Esse processo resulta em ações como tratamento desumano, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, explica Simone Diniz.

Uma das novidades no combate a essa violência tem sido a mobilização das mulheres pela internet em prol do parto humanizado, pelo trabalho das parteiras e pelo direito ao acompanhante. "Nós temos uma ativa blogosfera materna e isso tem transformado a realidade", afirmou Simone Diniz, citando o fácil acesso a documentos e artigos científicos que apontam, por exemplo, que a episiotomia (corte cirúrgico realizado na vagina) não deve ser um procedimento de rotina e que a ocitocina (hormônio que estimula as contrações uterinas) deve ser usada apenas com um protocolo de segurança.

Carla Andreucci Polido, médica e professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), criticou durante o evento o chamado "modelo tecnocrático", que vê o parto como um processo mecânico, e não necessariamente fisiológico e natural. "No nosso modelo nós geramos uma cascata de intervenções que poderia muito bem ser chamada de cascata de erros", afirmou a ginecologista e obstetra. Essa série de procedimentos equivocados, segundo Carla Polido, se inicia com a internação demasiadamente precoce das parturientes, que leva ao uso desnecessário da ocitocina e à monitoração dos batimentos cardíacos do bebê, obrigando a gestante a ficar na posição horizontal, o que atrasaria em quase duas horas o parto. "Com isso, diagnostica-se uma falha de progressão no parto e rapidamente dirige-se essa mulher para uma cesárea, que poderia ter sido evitada se o primeiro evento da cascata tivesse sido abordado de uma forma diferente."

Durante a palestra sobre "Práticas rotineiras em maternidade: reflexões sobre a melhor assistência", a professora da UFSCar lembrou que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam um mínimo de intervenções no parto para o benefício de mãe e bebê, medidas essas respaldadas pela Medicina Baseada em Evidências. "Atualmente, nós temos uma medicina baseada em ritos e rituais tecnocráticos, sem questionamentos, sem que o profissional tenha uma reflexão sobre aquela prática."

A professora Arlete Maria dos Santos Fernandes, que coordena o serviço de atendimento a vítimas de violência no Caism (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher), apresentou palestra sobre os 20 anos de atendimento nessa área no hospital da Unicamp. Segundo a médica, o Caism atende de 150 a 200 mulheres por ano que são vítimas de violência — número que ela aponta como baixo, já que a maioria dos casos não é notificada. Mais de dois terços das pacientes são vítimas de violência urbana, que é quando em geral não conhecem o agressor. Atualmente, o serviço funciona com uma equipe multidisciplinar que presta assistência à população e fornece capacitação para os alunos da universidade.

O problema da falta de humanização no atendimento à mulher nas redes pública e privada foi relatado pela médica Melania Amorim, professora da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), que desenvolve um trabalho de sensibilização e formação de profissionais sob o modelo humanizado na rede do SUS. Em Campina Grande (PB), Melania Amorim formou uma rede de voluntários, com estudantes e profissionais formados em Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia, e constituiu um projeto de extensão na universidade. O projeto já contabiliza mais de 400 partos assistidos dentro dessa proposta de humanização na rede pública. Vários plantonistas já aderiram à causa, e a taxa de episiotomias vem caindo dramaticamente. Com recursos da Rede Cegonha, foi possível, ainda, melhorar a infraestrutura. "Acho que conseguimos concretizar algo que deveria ser direito de toda usuária SUS, mas que infelizmente ainda não é", concluiu a médica, que também

atua no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, em Recife (PE).

O I Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Olhares, que teve a presença de cerca de 500 pessoas no Auditório do Centro de Convenções, foi realizado pelo Fórum Pensamento Estratégico (PENSES), pela Coordenadoria Geral da Universidade Estadual de Campinas (CGU) e pela Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (Preac), com o apoio da Faculdade de Enfermagem da Unicamp, do Fórum pela Humanização do Parto e Nascimento em Campinas e do SOS Ação Mulher e Família.

PARTE I

AÇÕES GOVERNAMENTAIS DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

LUANA GRILLO DA SILVA – Graduada em psicologia e mestre em desenvolvimento social e gênero pelo Institute of Development Studies (IDS) da University of Sussex, Inglaterra. É assessora para projetos especiais do gabinete da Secretaria do Enfrentamento à Violência, da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República.

EU VOU fazer uma apresentação sobre as políticas públicas de enfrentamento da violência. Vou focar na apresentação do programa *Mulher, Viver sem Violência*, que é uma política pública bastante ousada, inovadora e recente e que eu acho importante que os senhores e as senhoras conheçam.

Eu trouxe alguns dados aqui que acho importantes para começar a apresentação. Dados da Organização Mundial da Saúde: uma em cada três mulheres já sofreu violência doméstica e familiar, na maioria dos casos, causada por seus parceiros; uma em cada cinco mulheres é vítima de violência sexual ao longo da vida. São proporções epidêmicas. Na verdade, a Organização Mundial da Saúde já lançou um

relatório falando e tratando a violência doméstica e a violência contra a mulher em proporções pandêmicas.

Homicídios: o Brasil ocupa o sétimo lugar em assassinato de mulheres do mundo. Acho que esse é um dado bastante importante. E é um dado com taxas de porcentagem. Então, não importa muito o fato de que o Brasil seja um país com uma população tão grande no cálculo. Em relação à violência sexual, por exemplo, em 2012 foram registrados mais de 50 mil casos de estupro. Obviamente que a maioria das vítimas é do sexo feminino e os Estados campeões em ocorrência de estupro são São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná.

Eu trouxe algumas pesquisas interessantes e outros dados: entre 20% e 30% das mulheres assumem sofrer ou ter sofrido violência por parte de um homem; de 50% a 60% da população conhecem uma mulher em situação de violência; 56% dos homens que foram entrevistados reconhecem ter cometido algum ato de violência contra a sua companheira ou ex-companheira; 60% das agressões contra as mulheres foram presenciadas pelos filhos; e 54% das mulheres em situação de violência sofrem agressões diariamente.

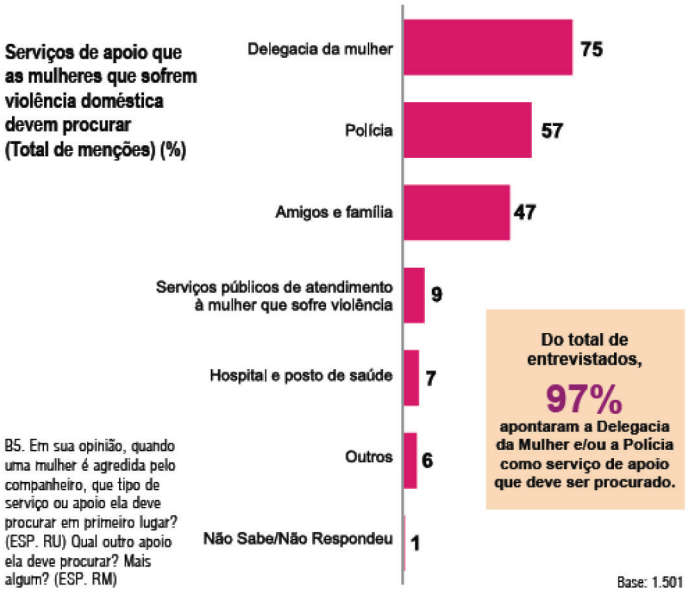
Eu acho que esse último dado é muito importante. Não que a violência diária seja mais grave do que aquela que ocorre como um evento isolado, mas ela mostra a complacência da sociedade, mostra o pacto do silêncio, mostra uma série de outros desafios que temos de enfrentar em relação à violência contra a mulher. Estamos falando de vítimas que sofrem diariamente violência e que não conseguem, por uma série de fatores, quebrar o ciclo dessa violência.

Esta é uma pesquisa interessante do Instituto Patrícia Galvão sobre a percepção da sociedade sobre violência e assassinato de mulheres: 92% dos entrevistados concordam que, se as agressões são frequentes, podem resultar no assassinato da mulher; 43% acreditam que o término da relação é o momento de maior risco para a vida da mulher. A vergonha e o medo de ser assassinada são os principais motivos de a mulher não se separar do agressor, e vemos o motivo daquelas agressões que ocorrem diariamente, alguns dos motivos; 86% acreditam que a violência contra a mulher pode ser denunciada

à polícia, mas 85% acham que a denúncia as expõem a um maior risco de morte. E aí vemos também um dos motivos da subnotificação da violência contra a mulher.

O gráfico abaixo é interessante, principalmente para quem está trabalhando na área da saúde; ele mostra que 97% dos entrevistados nesta pesquisa acreditam que, em caso de violência contra a mulher, o primeiro lugar a ser procurado é a segurança pública. Então, quem trabalha realmente com o ciclo da violência, com mulheres em situação de violência, sabe que tentamos reconstruir a ideia de que a segurança pública seja em primeiro lugar o que a mulher busque; que o ideal é que ela busque a segurança pública já tendo um apoio psicossocial, que quando ela vá, enfim, fazer um pedido de medida protetiva, que seja uma medida protetiva construída com apoio psicossocial para que ela seja sustentável, para que ela tenha essa força de realmente romper com o ciclo da violência.

97% acreditam que a mulher deve procurar a Segurança Pública em caso de violência



Mas é importante, ao mesmo tempo, que nós lidemos com os fatos, com o resultado e com a percepção social do que uma mulher deve fazer em situação de violência. Então, isso mostra bastante, por exemplo, que hospitais e postos de saúde são 7%, ou seja, 7% dos entrevistados acreditam que uma mulher em situação de violência deva procurar a saúde como porta de entrada.

E mostra também a importância de um trabalho em rede para que a saúde possa exercer um trabalho, participar, fazer parte, tornar-se um elo fundamental na rede de enfrentamento à violência; ela tem de estar conectada com a segurança pública e com os outros serviços, porque não necessariamente a saúde vai ser a porta de entrada.

Então, é importante que quem estiver trabalhando nessa área da saúde tenha consciência de que o contato e a articulação em rede com a segurança pública são fundamentais para que vocês possam exercer esse trabalho de oferecer o suporte para que a mulher saia desse ciclo de violência.

Eu vou falar aqui de alguns fatos dos últimos 10 anos da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), só para o conhecimento de quem não teve tanto contato ainda com a instituição. Em 2003, na primeira gestão do presidente Lula, foi criada a SPM. No mesmo ano ocorreu a criação da ouvidoria. Em 2004, houve a primeira Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres e o primeiro Plano Nacional de Política para as Mulheres. A Central de Atendimento à Mulher — Ligue 180 — foi criada em 2005. Em 2006, nós tivemos a criação da Lei Maria da Penha. Em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, que eu também vou discutir na minha apresentação, e a segunda Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Em 2008, o segundo Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que é consequência da conferência que ocorreu no ano anterior. Em 2008, também, criou-se o Comitê Técnico de Estudos de Gênero e Uso do Tempo, em parceria com o IBGE e o IPEA.

A campanha Mulheres Donas da Própria Vida — Viver sem Violência — direito das mulheres do campo e da floresta é focada nas

mulheres que têm acesso mais restrito a serviços porque vivem em regiões mais isoladas.

Em 2009, tivemos a campanha Uma Vida sem Violência é um Direito das Mulheres, em parceria com o Ministério da Saúde. Em 2011, a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Em 2012, o 3º Plano Nacional de Política para as Mulheres.

Em 2013, tivemos o lançamento pela presidenta Dilma Rousseff do programa *Mulher Viver sem Violência*. E, em 2014, nós temos a transformação do Ligue 180 em um Disque-Denúncia. Eu vou conversar um pouquinho sobre isso também quando estivermos falando do programa.

Acho importante falar rapidamente sobre o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e sugiro o *site* da SPM — www.spm.gov.br — para vocês buscarem mais informações a respeito.

O Pacto é a nossa estratégia de gestão da política nacional. Nós temos a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que vem, então, da conferência, dos substratos da conferência nacional, das conferências nacionais e do pacto. Então, a SPM é criada como um instrumento de gestão e de descentralização dessa política. É um instrumento que oferece diretrizes mais práticas para que os gestores estaduais e municipais saibam como implementar políticas nacionais do enfrentamento da violência contra a mulher, de maneira que aquela política que está sendo implementada em determinada localidade faça parte de um todo, que a implementação das políticas nacionais de enfrentamento à violência em todas as localidades do Brasil faça parte de uma política nacional e que nós estejamos, então, caminhando todos na mesma direção. Esse é o objetivo do Pacto.

O Pacto tem cinco eixos de atuação principais: a garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha; a ampliação e o fortalecimento da rede especializada de serviços; a garantia da segurança cidadã e do acesso à Justiça; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; e a garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e a ampliação de seus direitos.

Cada um desses cinco eixos tem ações sugeridas pelo Pacto. Então, eu vou dar um exemplo de algumas ações que achei mais interessantes para discutirmos hoje. No eixo 1, sobre a garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha, quais são as ações sugeridas pelo Pacto? Difusão da lei, dos instrumentos de proteção dos direitos das mulheres; articulação e acompanhamento nos poderes Judiciário e Legislativo e no Ministério Público quanto à execução e aplicabilidade da lei; incorporação da temática do enfrentamento da violência contra as mulheres e da Lei Maria da Penha aos conteúdos programáticos de cursos, concursos públicos e principalmente na formação de operadores de Direito; ampliação do número de juizados e varas especializadas em violência doméstica; formação e capacitação dos profissionais das delegacias para o atendimento às mulheres em situação de violência. Esses são exemplos práticos de ações sugeridas no Pacto, que é o instrumento de gestão e descentralização da Política Nacional de Enfrentamento à Violência.

Sobre o eixo 2 também, para concluirmos essa questão do Pacto pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as principais estratégias atuais na sua implementação são: a campanha Compromisso e Atitude pela Lei Maria da Penha — a Lei é mais forte; editais anuais de financiamento para o fortalecimento da rede e para capacitação que a SPM lança anualmente — em alguns anos chega a lançar duas vezes; e o Programa Mulher, Viver sem Violência, que traz uma nova forma de pensar a articulação da rede.

Vou apresentar, então, o Programa. A Casa da Mulher Brasileira é uma parte do Programa. Acho importante mencionar que o programa *Mulher, Viver sem Violência* nasce da nossa avaliação política, da implementação do Pacto. Temos o pacto e a adesão de todos os Estados e municípios realizando e formatando seus PIBs — Projetos Integrais Básicos —, nos quais o município e o Estado delineiam, especificam, como vão fazer a implementação daquela política no âmbito local. Fazendo uma avaliação, depois de sete anos do Pacto, de como ele tem sido implementado, percebemos que ainda um dos maiores desafios que nós enfrentamos no Brasil em relação ao enfrentamento da

violência contra a mulher é a articulação da rede de serviços. Sabemos que uma mulher, para levar o caso dela adiante e ao mesmo tempo conseguir quebrar com o ciclo da violência, conseguir o acesso à Justiça, conseguir reconstruir a própria vida em uma situação diferente daquela de violência, precisa ter acesso a um número de serviços que têm de funcionar de maneira articulada. E o que temos hoje? Temos uma delegacia que funciona dentro da lógica da segurança pública. Temos um juizado que funciona dentro da lógica do Tribunal de Justiça. Temos uma Promotoria que funciona dentro da lógica do Ministério Público. Temos um serviço de saúde que funciona dentro da lógica do SUS. E cada um desses funcionários, no seu posto de trabalho, muitas vezes, pensa: "Não, eu sei o que eu estou fazendo. Eu entendo a minha lógica, eu entendo o meu trabalho. O meu trabalho é esse. O meu trabalho não é nada que saia dessa área. É isso e ponto final". E o que percebemos é que esses serviços não se integram. E quem paga, quem sofre a consequência da pouca integração da rede, é a mulher em situação de violência, que tem um atraso, um retardo no processo, que não consegue acessar a Justiça e que muitas vezes morre com uma medida protetiva na mão. Enfim, que não consegue o suporte necessário que tentamos oferecer. O programa vem dessa avaliação de que temos de repensar a integração da rede e, a partir daí, então, nós pensamos os seis eixos principais do programa.

Eu acho importante dizer que o programa foi pensado dentro do conceito de integralidade desses serviços e do atendimento humanizado, reduzindo a revitimização da mulher que já está em situação de violência. Esses foram dois pontos fundamentais para que se desenvolvesse esse programa.

São seis eixos principais. Eu vou discutir cada um deles rapidamente. Há também no nosso *site* uma área só sobre o programa, com diversos documentos. Acho importante para quem tiver interesse. A Casa da Mulher Brasileira tem seu maior foco em garantir o acesso das mulheres aos serviços públicos; garantir o atendimento integral, especializado e humanizado; e viabilizar a integração operacional dos serviços.

Como é que pensamos nisso? Construindo uma estrutura física que contemple todos esses serviços. A Casa da Mulher Brasileira vai ter uma brinquedoteca para a mãe que chega com a criança poder receber o atendimento sem estar na companhia daquela criança, de modo que ela não tenha de ouvir todo o relato; enfim, que a criança possa ser cuidada por um profissional, de modo que a mãe realmente consiga ter o seu atendimento.

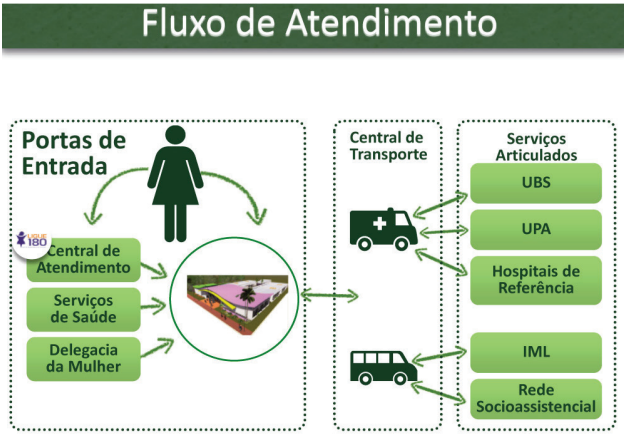
A Casa vai ter atendimento psicossocial, delegacia especializada, Juizado especializado, Promotoria especializada, Defensoria especializada, um alojamento de passagem para a mulher que chegar tarde da noite. Se ela precisar de uma casa-abrigo, ela poderá ser levada pela central de transportes no dia seguinte. Mas, se ela chegar tarde da noite, a Casa não vai estar de portas fechadas, ela pode ficar ali, dormir e permanecer com seus filhos.

Há também a equipe de emprego e renda, que visa oferecer esse suporte para que a mulher que ainda não tem independência econômica consiga outra forma de sustento. Muitas vezes essa questão da dependência econômica, em relação ao companheiro, é o que faz com que a mulher permaneça em uma relação de violência, e muitas vezes sabemos disso, escutamos este relato das mulheres: "Olha, eu não posso sair dessa casa, eu não posso abandonar esse parceiro porque eu dependo dele economicamente", mas, quando começamos a ouvir o resto da história, percebemos que, na verdade, quem coloca o dinheiro em casa é a mulher.

Às vezes essa dependência econômica que a mulher relata, na verdade, é uma dependência emocional, é uma dependência social, é a pressão da comunidade, da igreja, da família para que ela continue nessa situação, mas existem os casos em que a dependência econômica tem um papel fundamental ali, e estamos pensando nisso também e colocando uma equipe que vai trabalhar com a mulher a questão de emprego e da renda em casa também.

A Casa está sendo divulgada. Naquela capital onde houver a Casa, todo mundo vai saber sua localização, todos os serviços, toda a rede; então, se a mulher quiser, ela pode entrar diretamente pela porta.

Pode também ser encaminhada pela Central de Atendimento — Ligue 180 —, pelos serviços de saúde, pela Delegacia da Mulher. Estando na casa, ela pode ser levada às unidades básicas de saúde, às unidades de pronto atendimento, aos hospitais de referência, ao Instituto Médico Legal (IML), à rede socioassistencial pela central de transportes ou pelo Samu, dependendo do caso. Ressalto que existe um serviço psicossocial na casa. Então, ela só vai ser levada para uma rede socioassistencial se houver um serviço fora da Casa que seja do interesse dela. Então, existe essa questão do transporte também.



Antes de entrarmos no segundo eixo, acho importante dizer que colocar na Casa da Mulher Brasileira todos esses serviços significa dizer que esse local vai ter um grupo de gestão. Não há como um serviço desses funcionar de uma maneira articulada, com fluxos e com encaminhamentos, se você não tiver representantes de cada um desses serviços que façam reuniões mensais ou semanais. Então, essa Casa obriga o Juizado a falar com a Defensoria, a Promotoria, a falar com a segurança pública, com o serviço de assistência social, com a brinquedoteca, com a geração de emprego e renda, com as pessoas do alojamento de passagem. Obriga que haja uma comunicação, para que exista um fluxo que funcione na Casa, senão o trabalho se torna impossível.

O serviço força essa comunicação. Esse grupo de gestão é um dos focos principais da Casa. Os grupos vão ser acompanhados pela SPM — o grupo de gestão da Casa e o grupo de gestão do programa nos Estados. Vamos fazer esse acompanhamento fisicamente, estando ali, presenciando as reuniões por certo período de tempo para acompanhar a forma como essa comunicação está se dando. E o que queremos a partir daí é retirar do funcionamento dessa Casa boas práticas para que possamos expandir esse formato de integração de serviços para o restante do Brasil.

As Casas, inicialmente, vão ser construídas nas 27 capitais e, obviamente, o programa pode sempre se expandir para Casas regionais, mas, no momento, estamos pensando em construir as Casas nas 27 capitais.

Escuto muitas perguntas a respeito disso, como: Por que começamos pelas capitais, quando existe a necessidade da capilarização dos serviços? A resposta é muito simples. Primeiro, precisamos começar de algum lugar. Segundo, estamos trabalhando com a questão de integração da rede. Então, precisamos começar essa proposta diferente de integração da rede em um local onde exista rede para ser integrada. Estamos trabalhando inicialmente com o cenário ideal, que é o cenário da capital que contém todos os serviços, que tem todos os parceiros, que tem uma rede instalada e que, também, continua apresentando problemas de integração de rede. É por isso que estamos trazendo o programa e a Casa da Mulher Brasileira inicialmente para a capital. Para implementar uma nova forma de articulação de rede que depois possa ser expandida para o restante do Brasil.

O eixo 2 do programa, então, é a ampliação da Central 180; a Central 180 foi criada em 2005, já recebeu mais de 3 milhões e 300 mil ligações, 56% das quais foram relatos de violência. Mais de 70% desses relatos de violência foram cometidos pelos parceiros ou ex-parceiros. Existe também, no nosso *site*, a publicação de relatórios semestrais a respeito do 180, que permitem recortes muito interessantes, como os tipos de violência que ocorrem.

Qual é a ampliação da Central que estamos trazendo por meio do programa? É a ampliação do atendimento internacional. É a am-

pliação do número de atendentes e a transformação do Ligue 180 em Disque 180. O Ligue, ou seja, a Central, até então, como funcionou? Ela oferece informações a respeito de serviços, da Lei Maria da Penha, a respeito dos direitos da mulher, da localidade dos serviços e uma série de outras informações, e recolhe dados para que possamos ter uma análise estatística desse perfil da mulher que está ligando por conta de casos de violência.

Ela passa a ser, então, um Disque-Denúncia, o que significa que a mulher pode ligar, pode fazer um relato de violência e a SPM está trabalhando com a Secretaria Nacional de Segurança Pública e com pontos focais em cada um dos Estados para que possamos repassar esse relato de violência como uma denúncia, com um ponto focal na segurança pública no Estado, que vai ter até 72 horas para nos informar em qual delegacia aquela denúncia chegou e que vai ser estabelecido o inquérito. Essa transformação do Ligue para o Disque, aumentando a qualificação do serviço de 180 e as possibilidades de atendimento, configura mais uma porta de entrada para a mulher em situação de violência. Nós sabemos que, infelizmente, ainda acontece no Brasil, principalmente nas regiões mais afastadas, uma mulher em situação de violência, às vezes, chega na segurança pública e não consegue fazer um boletim de ocorrência porque por algum motivo aquela violência não é levada a sério, ou porque, enfim, é uma cidade pequena, as pessoas acreditam, os serviços mostram ainda uma complacência em relação ao enfrentamento da violência contra a mulher e às vezes ela tem dificuldade de conseguir fazer um boletim de ocorrência. Mas, na medida em que essa denúncia chega através do 180 e é enviada para aquela delegacia pela Secretaria de Segurança Pública do Estado e estamos acompanhando, esse inquérito vai acontecer. Então, isso aumenta a possibilidade de acesso à Justiça para a mulher. E a celeridade dos casos, dos processos, também.

O terceiro eixo do programa, que eu considero como um dos carros-chefes, é o atendimento humanizado e a coleta de vestígios. O foco desse eixo é a adequação do espaço físico nos IMLs, para que a mulher tenha, por exemplo, uma sala diferenciada de espera, de

modo que ela não fique na presença do agressor. Outro ponto é a adequação da rede hospitalar de referência: o Ministério da Saúde está identificando hospitais de referência em cada uma das capitais. Essa rede vai ser adequada para que possa ser feita a coleta de vestígios e a guarda desses vestígios em uma cadeia de custódia.

Isso significa dizer que nós estamos trabalhando com o Conselho Federal de Medicina, com os peritos do IML, com a Segurança Pública, com o Ministério da Justiça, com o Ministério da Saúde e com a Secretaria de Segurança Pública Nacional para formular uma capacitação para os servidores da saúde desses hospitais de referência identificados pelo SUS, para que possam fazer a coleta de vestígios de quem ainda não tem B.O. Por que essa mulher não faz a coleta de vestígios no IML? Porque se torna um problema do IML a partir do momento que existe um boletim de ocorrência. A mulher que não fez um boletim de ocorrência não pode entrar no IML e fazer coleta de vestígio. O IML faz parte da rede de segurança pública, ele atua dessa maneira. E qual é a situação que nós encontramos no Brasil e eu acredito que em diversos países pelo mundo? A mulher que sofre violência sexual, às vezes, não está ainda preparada para fazer um boletim de ocorrência. Ela passa por momentos de indecisão, precisamos respeitar e não obrigar a mulher a fazer um boletim de ocorrência quando ela não sabe o que quer fazer. O programa é baseado principalmente na autonomia dela, ainda que acreditemos ser isso um empoderamento da mulher. Ao mesmo tempo, a perda da possibilidade de obter esse vestígio reduz a chance de criminalizar o agressor.

Então, qual é a ideia desse eixo? Se a mulher entra pela saúde sem boletim de ocorrência depois de ter sofrido violência sexual, vai ter ali naquele hospital de referência profissionais — médico, enfermeiros e profissionais administrativos — capacitados e treinados para que o médico, então, faça a coleta de vestígio para que fique armazenada em uma cadeia de custódia por tempo indeterminado. Se essa mulher dali a seis meses decidir fazer um boletim de ocorrência, existe um vestígio que pode ser analisado pelo IML. Então, o IML fará um laudo indireto desse vestígio que poderá ser utilizado como prova, no

caso de julgamento. Isso aumenta mais uma vez o acesso da mulher à Justiça, é um dos eixos fundamentais; vamos ter a nossa primeira capacitação agora no final do mês, que vai acontecer na região de Minas Gerais.

O quinto eixo é a ampliação e melhoria dos centros de atendimento à mulher nas regiões de fronteira seca. Ampliação e melhoria desses três centros existentes. Um em Foz do Iguaçu (PR), um em Pacaraima (RR) e um no Oiapoque (AP), e a criação de mais sete centros: Brasileia (AC), Corumbá (MS), Santana do Livramento (RS), Jaguarão (RS), Bonfim (RR), Pontaporã (MS) e Tabatinga (AM). A ideia é que esses centros funcionem — a exemplo do centro especializado em atendimento à mulher em situação de violência — e tenham foco na questão do enfrentamento ao tráfico e na questão da exploração sexual, por conta da localidade deles e da alta presença dessas situações.

O quinto eixo é a campanha continuada de conscientização. A nossa ideia é ter campanhas no ar constantemente; então, sai uma campanha e entra outra. Quais são as campanhas inicialmente empreendidas? São: Compromisso e Atitude, Ligue 180, Lei Maria de Penha e Quem Ama, Abraça.

E o sexto eixo são as unidades móveis de atendimento às mulheres do campo e da floresta, que são ônibus e barcos. Importante dizer

que esse eixo é uma resposta do governo federal a um movimento, a uma demanda do movimento das margaridas, em que já vieram em marcha 100 mil mulheres a Brasília conversar com a Dilma. As margaridas são as mulheres do campo e da floresta, no movimento do campo e da floresta, que demanda atendimento e serviço nas áreas rurais, mais desprovidas de atendimento.

O pedido delas é para que ofereçamos atendimento móvel. Nossa resposta foi, então, a entrega de 54 ônibus, dois para cada Estado, e para os Estados que têm um número muito grande de municípios ribeirinhos nós fizemos um acordo de cooperação com a Caixa Econômica Federal para a utilização dos barcos do banco em três localidades: ao redor da Ilha de Marajó, no Pará; o Barco Chico Mendes, que vai funcionar no Amazonas; e o Barco São Francisco, na bacia do São Francisco, na Bahia. Já ocorreram três viagens, eu estive na primeira delas fazendo diagnóstico, uma viagem de três semanas pela Ilha de Marajó. E agora estamos desenvolvendo o restante do atendimento nessa política do atendimento fluvial.

Autonomia econômica nós já discutimos, é uma das áreas que vão estar na Casa da Mulher Brasileira e que consideramos uma importante porta de saída do ciclo da violência. Não a única, não é a solução para todos os problemas, sabemos disso, mas é um fator importante que tem de ser trabalhado também.

PARTE II

ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A FAMÍLIA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

CARMEM SIMONE GRILO DINIZ – Possui graduação em medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, mestrado e doutorado em medicina preventiva pela Universidade de São Paulo e pós-doutorado em saúde materno-infantil pelo Cemicamp. É livre-docente do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em medicina preventiva, saúde e direitos sexuais e reprodutivos, gênero e saúde materna, saúde materno-infantil e saúde pública baseada em evidências.

O TEMA violência obstétrica não é um tema recente. Desde a década de 1950 foram criadas associações, em outros países, de combate à crueldade contra gestantes, inspiradas na mesma legislação de crueldade contra os animais, que foi o suporte jurídico que as pessoas con-

seguiram naquela ocasião. Então, a analogia que foi feita aqui com relação ao fato de que os animais são mais bem tratados do que as mulheres no parto não é nova. Questionava-se sobre as parturientes amarradas, dopadas, os hematomas. Isto é, no tempo do modelo de atendimento que é chamado de sono crepuscular, as pessoas davam à luz inconscientes, amarradas etc.

No caso brasileiro, isso teve um grande impacto na mudança das práticas. Muitas das práticas que tínhamos na década de 1970 — por exemplo, o amordaçamento e dar à luz inconsciente — tiveram fim, como resultado dessa militância nas décadas de 1950 e 1960.

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, as pesquisas, como, por exemplo, o Dossiê Caxias, e também a pesquisa feita em São Paulo que se chama "Violência, um Olhar sobre a Cidade", no que concerne à violência obstétrica, são bem extensas, e na década de 1990, houve a criação da Rehuna — Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Se vocês virem a carta de Campinas da criação da Rehuna, ela já fala da violência.

E naquela situação, nós, ativistas, tomamos a decisão de, em vez de falar de violência, falar de humanização, para não assustar os profissionais. Hoje em dia temos de revisitar isso, ver se essa foi a melhor decisão, porque até hoje as pessoas se sentem ofendidas com o termo "humanização". Então, "humanização" era um termo mais diplomático. E as questões de direitos humanos no parto começam mais na década de 1990. Um conjunto de iniciativas etc. e, como diz um sociólogo mexicano, Roberto Castro, ele disse isso em 2010, o tema de violência obstétrica está atualmente como a violência pelo parceiro estava há 20 anos. Então, eu acho que de 2010 para cá nós tivemos um grande avanço em termos de visibilidade a essa forma de violência.

Já neste século houve a criação de rede de mulheres — eu cito a rede, mas parto do princípio de muitas outras. Na América Latina passa-se à tipificação da violência obstétrica com a criação de legislação específica. Um grande avanço com a inclusão na pesquisa "Mulheres e Homens no Espaço Público e Privado", promovida pela

Fundação Perseu Abramo, que incluiu os temas da violência obstétrica na sua segunda rodada em 2010, e 70% do interesse na pesquisa foi violência obstétrica. De todos os temas a respeito de mulher — trabalho, violência do parceiro íntimo, discriminação —, a violência obstétrica capitalizou muito da atenção.

No final da década passada, tivemos criação da White Ribbon Alliance, que visibilizou, fez um levantamento internacional a respeito da violência, como eles chamam: "Abuso e desrespeito nas instituições de saúde durante o parto". E no Brasil começou-se a ter, como houve aqui na região audiências públicas contra a violência obstétrica, vídeo sobre o tema e a consolidação da violência obstétrica como objeto de pesquisa, inclusive no último Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS). Isso tudo foi uma grande vitória do movimento organizado, que disputou o recurso de pesquisa e a respeitabilidade da violência obstétrica como objeto de pesquisa. E como parte do modelo explicativo. Porque uma das coisas nossas, inclusive da saúde coletiva: nós consideramos as condições socioeconômicas das mulheres, por um lado. Por outro, a questão do acesso ao serviço: qual é o papel da assistência em si, promover ou sabotar a saúde das pessoas? Isso ainda é uma coisa recente no nosso modelo explicativo. Eu acho que a questão da violência tem ajudado a lidar com isso.

Em termos de descritores: violência obstétrica, violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso, violência de gênero no parto e, muito frequentemente, as discussões sobre aborto. As mulheres são muito mais massacradas ainda do que no parto, se é que é possível. Outros descritores: assistência desumana, desumanização, a crueldade no parto (crueldade, um termo usado em muitos países), e a violação dos direitos humanos das mulheres no parto — e há uma rede internacional sobre isso.

Há a legislação da Venezuela, que fez, vamos dizer assim, uma definição sobre violência obstétrica, envolvendo a questão do tratamento desumano, do abuso da medicalização, da patologização e da perda de autonomia, que é um grande assunto agora.

Definições de violência obstétrica

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em **tratamento desumano**, no **abuso da medicalização** e na **patologização dos processos naturais**, levando à **perda da autonomia** e da capacidade de decidir livremente sobre seu **corpo e sexualidade**, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.

(baseado na legislação da Venezuela)

A questão da sexualidade é muito importante. A Aliança do Laço Branco (White Ribbon Alliance) desenvolveu, inclusive, um conjunto de indicadores do que pode ser chamado de abuso e desrespeito, trabalhando a questão do abuso físico e do cuidado não consentido, que talvez seja um dos "núcleos duros" que nós temos de trabalhar aqui no Brasil. Nós partimos do pressuposto de que, sobretudo os pobres, não precisam dar consentimento para o que estão fazendo com eles. Então, nós temos essa cultura.

Nós criamos em uma pesquisa a categoria chamada "a vagina-escola", em que os cirurgiões brasileiros aprendem a cortar e suturar as vaginas das mulheres no SUS. Nós aprendemos isso. Nós, como médicos, aprendemos esse tipo de violência, essa banalidade do mal que hoje em dia ainda se reproduz. Então, a reação a isso, a tipificação disso como uma forma de abuso, de violência, é relativamente recente e é um dos temas que levamos. Por que as vaginas? Por que as mulheres? Então, essas são questões que nós temos. Esse é o tipo de coisa que não acontece com o homem. Vamos falar um pouco mais de como essas diversas formas de opressão se potencializam.

A questão do cuidado não confidencial ou privativo, ou seja, um dos grandes avanços, que foi a introdução do acompanhante, passou a visibilizar a falta de privacidade. É como se a falta de privacidade não fosse um problema. Privacidade é um direito humano básico. Está, inclusive, no Código de Ética Médica. Nós fomos socializados para

expor os genitais nos processos fisiológicos femininos, faz parte da nossa socialização como profissionais de saúde esse nível de violência e de abuso. Nós aprendemos a violência com os nossos professores.

Eu estou dizendo isso porque nós, como professores, também temos essa grande responsabilidade de que novos olhos se abram sob as nossas velhas pálpebras e passemos a enxergar o que está à nossa frente. Por isso, nomear, dar nomes novos, inclusive nós, na nossa produção científica, é uma urgência política. E eu fico muito feliz de chamar isso de pensamento estratégico. Então, é uma honra muito grande estar aqui.

A questão do cuidado indigno e do abuso verbal: eu acho que esses vídeos produzidos pelo PENSES e exibidos neste fórum nos têm dado a oportunidade de ver a quantidade dos padrões de comunicação que reproduzimos, que aprendemos na nossa socialização, como se o bom profissional fosse capaz de domar as mulheres através do abuso verbal. Muita coisa foi escrita a respeito disso.

A questão da discriminação baseada em certos atributos. O abandono, a negligência e a recusa da assistência, e até da atenção em serviço, que costumávamos dizer que no Brasil não acontecia. Nós não tínhamos. O caso da gestante obrigada pela Justiça a ser submetida a uma cesariana em Torres (RS) pode, inclusive, ser caracterizado como caso de sequestro.

Então, eu quero abordar o sentido da violência no parto. O corpo feminino com necessidade de correção, disciplina e tutela: é a chamada abordagem correcional. O termo remete mesmo à questão de correção policial e tudo mais, porque a ideia é de que o corpo não precisa ser corrigido. O sexo como algo sujo. Necessidade de punição, que é a tutela religiosa das práticas e políticas públicas. Quem assistiu *Philomena*, o filme, de 2013, entende mais ou menos o que eu estou dizendo a respeito do pavor, que eles chamam lá de incontinência carnal. Então, a ideia de limpo e sujo, primitivo e civilizado, decente e indecente, seguro e inseguro, aparece muito nesse caso recente. A ideia do parto vaginal como nojento e primitivo, como uma coisa estruturadora, no caso da obstetrícia brasileira, tem um peso muito

grande. E também o nosso papel como gestores, profissionais, em termos de solidariedade e de cumplicidade com essa violência.

O que nós temos de novidade também é a questão de que as mulheres vão à rua pelo parto humanizado, com parteiro, pelo parto com acompanhante, partir para a "blogosfera materna", e isso tem transformado a realidade. A mulher entra na internet e lê uma versão da Revisão Cochrane escrita com vocabulário livre de jargão e ela sabe perfeitamente que não há indicação de rotina para fazer episiotomia, ela sabe que a ocitocina, hormônio que estimula as contrações uterinas, deve ser usada apenas com um protocolo de segurança. Ela sabe que a manobra de Kristeller tem de ser abolida, e ela vai para o serviço de saúde e o profissional diz para ela: "Eu vou fazer porque eu sei, eu estudei". E hoje em dia vivemos essa cisão, também na relação médico–paciente, quando a mulher tem acesso à informação sobre evidência científica e sobre os direitos dela que o profissional não tem. É esse vazio que temos de enfrentar agora.

Fonte: Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality, in Carole Vance, ed. Pleasure and Danger, (Routledge & Kegan, Paul, 1984).

E quero chamar atenção para o fato de que as mulheres não estão igualmente vulneráveis à violência. Nós falamos que existe uma

hierarquia de maternidades, em que as mulheres brancas e os casais heterossexuais de classe média para cima estão no topo, e aí vem caindo, vêm as solteiras, as adolescentes, as doentes em geral, as pobres, as deficientes físicas, as soropositivas, as doentes mentais, as usuárias de droga, as moradoras de rua, as trabalhadoras do sexo e as presidiárias. Não as tratamos da mesma maneira, nem as mulheres, nem a sua maternidade. A violência não se distribui uniformemente e algumas mulheres são mais vulneráveis que outras.

Eu falaria um pouco sobre alguns dados empíricos sobre medidas de violência, que é um assunto muito importante da pesquisa "Nascer no Brasil", da Fiocruz. Mas quero chamar atenção para o fato de que o acompanhante no parto é totalmente protetor contra todas as formas de violência. Estamos publicando esses dados agora em maio de 2014, na pesquisa "Nascer no Brasil": entrar em trabalho de parto aumenta dramaticamente o risco de sofrer qualquer tipo de violência. Então, esse é um dos motivos pelos quais os movimentos sociais dizem: "Chega de parto violento para vender cesárea". Enquanto o parto vaginal for isso que nós temos hoje no Brasil, ele não é defensável.

Propostas concretas, para encerrar: uma das questões é que o Disque-Denúncia esteja preparado para receber as denúncias de violência obstétrica. Sobre a questão da responsabilização, não temos isso ainda bem definido.

Precisamos de centros de parto normal-escola já. Os profissionais da saúde nunca tiveram oportunidade de ver o parto fisiológico planejado na vida. E hoje em dia ainda não conseguiram. Eu acho até que isso deveria ser interdisciplinar, para todos os profissionais terem a oportunidade de ver como é um parto fisiológico. A questão da notificação de violência, eu poderia falar muito sobre isso, das possibilidades que temos e das mudanças de formação, o contato direto das mulheres que se sentiram violentadas com os alunos. Eu acho que o vídeo exibido aqui, nesse sentido, foi uma coisa importante. Em outros países as pessoas já estão usando isso como parte da rotina.

Quero só lembrar as recomendações que foram feitas pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito sobre a violência obs-

tétrica: que o Disque 180 receba essas denúncias; a alteração da lei do acompanhante para incluir algum tipo de sanção, no caso de descumprimento, porque isso é uma desmoralização da lei; e, enfim, que possamos adequar a legislação que temos para que de fato funcione; e foi recomendada também a capacitação dos profissionais de saúde.

Sobre a capacitação, no caso do aborto, hoje em dia, em vez de usarmos a tecnologia apropriada e segura, que é a aspiração, usamos a técnica por dilatação e curetagem, que é muito mais arriscada, muito mais dolorosa, muito mais custosa, e as pessoas se recusam a isso porque facilitaria a vida das mulheres, ou seja, a técnica é política. Nós temos de subverter a maneira como as práticas são organizadas.

Eu sinto uma grande alegria pelo fato de estarmos aqui, em um ambiente universitário, pensando estrategicamente nesse futuro.

CAISM — 20 ANOS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL. EXPERIÊNCIA, CONTRIBUIÇÕES, DESAFIOS

ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES – Possui graduação em medicina pela Unicamp, mestrado em ciências médicas e doutorado em tocoginecologia pela Unicamp. Atualmente é professora assistente doutora da Unicamp. Possui experiência na área reprodução humana com ênfase na área de planejamento familiar, atuando principalmente nos temas de contracepção e violência sexual.

EU TRABALHO no Caism (Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher) da Unicamp, na área de ginecologia, sou coordenadora do serviço de violência atualmente. Esse serviço foi montado há 20 anos pelos doutores Anibal Faundes e Aloísio Bedone, já aposentados, e hoje eu sou a coordenadora.

Eu gostaria de contar para vocês a história do Caism no atendimento às mulheres que são vítimas de violência sexual na região metropolitana de Campinas e chegam a procurar o nosso serviço.

Ressalto que, em nosso serviço, a maior parte dos atendimentos é de violência urbana, não é de violência doméstica; 70% das mulheres que nos procuram são vítimas da violência urbana, da rua. Aquela mulher que, em geral, não conhece o seu agressor.

Esse serviço de atendimento especial se iniciou por volta de 1994, quando, por incrível que pareça, o SOS Ação Mulher encaminhou uma mulher grávida em decorrência de violência sexual. Aliás, desde o Código Penal de 1940, as mulheres têm direito à interrupção legal da gravidez decorrente de estupro. E o SOS Ação Mulher encaminhou uma gestante que vinha querendo esse direito. Infelizmente, ela chegou naquela época ao Caism com uma gestação avançada, de mais de 20 semanas, e a interrupção não aconteceu. Mas a partir daquele momento começaram a chegar várias mulheres com esse tipo de demanda. E chegavam tardiamente. Você interromper uma gestação com mais de 20 semanas é igual a um bebê com prematuridade extrema nascendo e vivendo. Também não é uma condição adequada.

Então, o grupo que trabalhava na época, principalmente o pessoal da enfermagem do Caism, juntamente com os doutores Anibal Faundes e Aloísio Bedone, começou a pensar em formas que pudessem inibir a chegada dessas mulheres tardiamente ou, mais ainda, que se pudesse impedir que essas mulheres engravidassem após um evento de violência sexual.

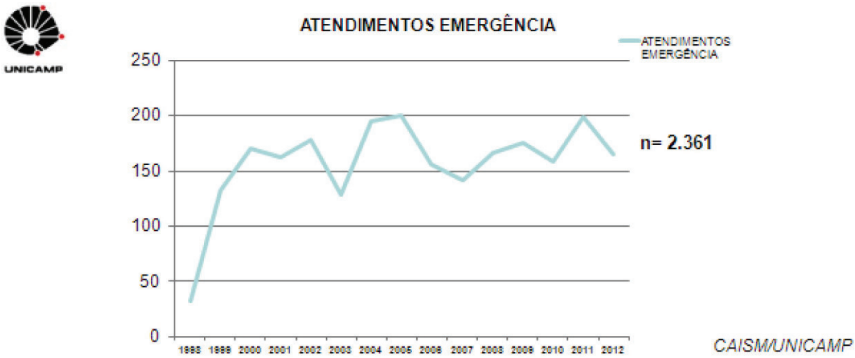
A partir dali se começou a pensar em algumas atitudes para serem feitas no atendimento de emergência. Esses quatro anos foram de trabalho aplicado aqui a qualquer serviço que soubesse de uma mulher nessas condições e a encaminhasse rapidamente para o Caism. Esse serviço demorou um tempo, até que em 2001 houve a presença do Iluminar Campinas, que até hoje é uma benção para a região. E nos tem dado uma rede capacitada, sempre capacitada para que toda esta região possa ser visualizada do ponto de vista da agressão, e as mulheres possam ser atendidas.

A partir daí, em 2005, houve a incorporação no serviço de residentes, posteriormente de alunos de graduação. Então, o serviço se originou para assistência de uma demanda que era social. Ninguém imaginou: "Não, nós temos de montar na grade uma disciplina para atender, para colocar os alunos, porque esse é um problema". Ao contrário, o processo se iniciou de baixo para cima.

O serviço hoje funciona com uma equipe multidisciplinar que dá assistência e capacitação para todos esses alunos da graduação da medicina, residentes da psiquiatria e da ginecologia, e alunos de aprimoramento e de mestrado e doutorado.

A partir de 1998, surgiu a primeira edição da norma técnica do Ministério da Saúde, e o pessoal que trabalhava na época na Unicamp também foi chamado para pensar essa primeira normatização. Ela já foi editada mais duas vezes e prevê um atendimento de emergência, que é básico e que deve ser feito para as mulheres que chegam até 72 horas após terem sofrido violência sexual.

É importante ser até 72 horas porque é só até esse momento que se consegue implementar medidas de prevenção. Várias delas. Existe outra preocupação nessa norma técnica que é com o atendimento a mulheres que solicitam interrupção legal de gestação — eu falo um pouco sobre isso mais adiante.



No gráfico, desde 1998 até 2012, pode-se ver a evolução na quantidade de mulheres atendidas anualmente. Temos atendido de 150 a

200 mulheres por ano. Isso é muito pouco. E esse dado somente já dá a ideia de que as mulheres que sofrem violência sexual preferem não declarar. Preferem esconder, têm vergonha, têm até sentimentos de culpa, porque se ela não tivesse saído mais cedo, voltado mais tarde, vestido aquela roupa, saído com aquela pessoa, não teria acontecido.

Então, a primeira coisa que ela quer fazer é esquecer. Ela não procura ajuda. As que procuram são a ponta do *iceberg*, são as que chegam. Temos perto de 2.500 mulheres, até 2013, que receberam atendimento de emergência no período. Fizemos uma avaliação em 2012 comparando o atendimento dos dois últimos biênios, 2007-2008 e 2009-2010. Nós vemos que algumas variáveis veem a qualidade do serviço. Temos aumentado os atendimentos nas primeiras 24 horas: hoje 70% das mulheres chegam nas primeiras 24 horas, e mais ou menos 90% das mulheres chegam nas primeiras 72 horas, tempo suficiente para inserirmos as ações de prevenção.

Uma das primeiras ações e das mais importantes na prevenção das sequelas da violência sexual é evitar a gravidez indesejada. É claro que aquela vítima de abuso não quer engravidar em decorrência desse abuso. Então, a anticoncepção de emergência deve ser instituída o mais brevemente possível. A ação dela existe em até 72 horas. Mas, quanto mais precoce for, mais eficaz será para prevenir a gravidez. Em 600 mulheres, para 70% delas foi dada essa anticoncepção de emergência. Na nossa experiência, apenas três engravidaram. Ou seja, de todas as mulheres que vieram ao serviço e usaram a anticoncepção de emergência nas primeiras 72 horas, três engravidaram.

Isso quer dizer que o problema maior, a sequela maior após a violência sexual, é uma gravidez que ninguém quer, que ninguém deseja, que se evita com a simples ingestão de um comprimido. A única pílula de emergência que nós temos no Brasil é o Levonorgestrel, em uma dose única de 1,5 mg. É uma progesterona sintética — progesterona é o hormônio que mantém a gravidez. Então, por aí já dá para imaginar que essa pílula não é abortiva. Ela existe em vários anticoncepcionais conhecidos no mercado, em uma dose menor. Está presente em mais de 100 países, e o modo de ação dessa pílula é retardar ou prejudicar

a ovulação. É isso que ela faz. Ela não deixa o óvulo sair rapidamente do ovário. Se a mulher estiver para ovular, a pílula segura esse óvulo um pouco mais.

No Brasil, a OMS disponibilizou o acesso em 1990 a esses estudos e a essa pílula, que passou a ser comercializada no Brasil em 1999. Em 2000, passou a ser distribuída pelo Ministério da Saúde aos serviços de violência sexual e, em 2005, foi ampliada essa distribuição para todas as unidades básicas de saúde (UBS). Então, nós temos essa medicação em qualquer UBS.

Para aquela mulher que foi violentada e chega à UBS, é importante que, antes de ir para o centro de referência, se dê a anticoncepção de emergência. Não importa que é a enfermeira que dá, que é a amiga que vai com ela à farmácia, compra e medica. É importante evitar uma sequela muito grave para a mulher. Em 2006, o Conselho Federal de Medicina declarou que é um direito da mulher e que caracteriza omissão de socorro o médico negar a aplicação de anticoncepção de emergência.

Não há contraindicações para o uso dessa pílula. A OMS nos garante isso pelos estudos anteriores. Então, só para entendermos um pouco como funciona. A ovulação acontece e o óvulo cai na trompa de falópio e vai sendo transportado em direção ao útero. Ele deve encontrar os espermatozoides que vêm pela trompa, e esses espermatozoides ficam até dois dias vivos esperando o óvulo.

Essa mulher que sofreu o abuso hoje, se ela estiver para ovular daqui a dois dias, vai engravidar. A um dia da ovulação, ela vai engravidar. Se ela ovulou antes, dificilmente vai engravidar. Mas, se ainda não ovulou, ela tem a chance de engravidar. O que a anticoncepção de emergência faz? Impede que essa ovulação ocorra: retarda de 24 a 48 horas essa ovulação. E esses espermatozoides acabam morrendo no oviduto e não conseguem chegar à trompa.

Eu vou avançar rapidamente para falar sobre a internação de interrupção legal de gestação decorrente de violência. Ela é um direito constitucional da mulher no Brasil hoje. E isso há muito tempo, desde o Código Penal de 1940, mas eu pergunto: Qual apoio essas mulheres

que sofrem violência e engravidam têm para procurar o serviço de violência que atenda a violência e que faça o aborto legal? A mulher, em geral, não fala para ninguém, mas ela vai ser obrigada a falar na hora em que engravidar. A maioria das mulheres que chegam ao serviço solicitando a interrupção ainda não contou para ninguém da violência, ela tem mais medo ainda de falar da gravidez. É uma situação de extremo sofrimento. E é um sofrimento solitário.

Essa mulher chega arrasada ao serviço. Do ponto vista psicológico, ela está em frangalhos e chega procurando ajuda. Nós precisamos trabalhar em vários níveis, não só na capacitação dos médicos. A nossa sociedade precisa repensar essa situação, em termos dos valores e da cultura. Relembrar: a nossa sociedade é tremendamente recriminatória em relação ao aborto. Ela olha de uma forma muito negativa isso e culpabiliza muito a mulher.

O que contribui para isso é a cultura, a nossa sociedade é basicamente cristã, o Brasil é um país cristão, é um país religioso. E a religiosidade também perpetua isso de uma forma mais forte. De qualquer maneira, no Brasil existe a lei, existe a norma do Ministério da Saúde, que é a Portaria nº 1.508/2005, que define toda a documentação que deve ser feita nos serviços de saúde para essa mulher realizar a interrupção legal.

No período de 1994 a 2012, nós tivemos 192 pedidos de interrupção legal no Caism; destes, mais ou menos 60% interromperam legalmente a gestação. Para mais ou menos 20% dos casos, a equipe contraindicou. Em geral, contraindica-se quando a mulher chega com 20 semanas de gestação ou mais.

Em outros casos, entre 15% e 30%, nós consideramos que a mulher assumiu a gestação se ela falou: "Olha, eu vim pedir, mas eu mudei de ideia. Eu vou ficar com essa criança". Há aquelas que descontinuam, não se sabe o que aconteceu com elas. É autorizada a interrupção, ela está para internar, mas não volta. Consideramos, então, que ela assumiu a gestação. De qualquer forma, dessas 192, só três são falha da anticoncepção de emergência. As demais, nenhuma tinha usado anticoncepção de emergência.

A boa informação a respeito da anticoncepção de emergência é um desafio para toda a sociedade, e toda mulher tem de saber sobre isso. O apoio familiar, social e profissional é imprescindível para a mulher que passa por uma situação dessas. Se ela não tiver apoio de ninguém, ela sofre problemas de saúde mental graves e muitas delas até tentam cometer suicídio. É uma situação muito complicada para elas, e devemos continuar o trabalho da formação dos profissionais no Caism.

Esses são os desafios do Caism que encaramos como básicos. Além disso, o atendimento de saúde mental nas UBS precisa ser implementado porque a violência está lá. Se as mulheres não tiverem com quem falar, elas não vão pegar dois ônibus para chegar ao serviço de referência que elas não sabem nem como acessar. E precisam ter acesso aos serviços jurídicos; além disso, o empoderamento das mulheres se faz pela educação.

PRÁTICAS ROTINEIRAS EM MATERNIDADE: REFLEXÕES SOBRE A MELHOR ASSISTÊNCIA

CARLA ANDREUCCI POLIDO – Médica ginecologista e obstetra pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, especialista em ginecologia e obstetrícia pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e capacitada em suporte avançado de vida em obstetrícia pela Academia Americana de Médicos da Família (AAFP). Mestre em tocoginecologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Professora assistente do Departamento de Medicina da UFSCar. Trabalha atendendo gestantes e partos há 13 anos. Atua como promotora do parto natural há três anos, foi cofundadora do Grupo de Apoio ao Parto Natural em São Carlos e é autora do blog *Parir é Natural*.

VAMOS FALAR um pouco das práticas rotineiras. Eu preciso falar do modelo de assistência e dos procedimentos para defendermos as

melhores práticas. O modelo tecnocrático do parto é o modelo de vigência hoje no mundo inteiro, de forma geral. Esse modelo tem a autoridade e a responsabilidade centradas no médico. E o parto é avaliado como um processo mecânico e não necessariamente um processo fisiológico e natural.

No nosso modelo geramos uma "cascata" de intervenções que poderia ser chamada de "cascata de erros". Internamos muito cedo a mulher em trabalho de parto, isso faz com que usemos a ocitocina de forma desnecessária. Com isso, precisamos fazer a monitoração eletrônica fetal, que restringe a mulher ao leito, e com isso atrasamos o trabalho de parto em quase duas horas. Fazemos o diagnóstico, então, de falha de progressão no trabalho de parto, e, rapidamente, dirigimos essa mulher para uma cesárea que poderia ser evitada se o primeiro evento da cascata tivesse sido abordado de uma forma diferente.

Atualmente temos uma técnica, uma medicina, que é baseada em ritos e rituais tecnocráticos, sem questionamento.

"Eu estou aqui cumprindo ordens, eu estou fazendo aquilo para o que eu fui treinado", sem que o profissional tenha uma reflexão sobre aquela prática e o impacto disso para o resultado que ele quer obter.

Nós não respeitamos a fisiologia do parto. Na verdade, sabemos que há mais de 20 anos existem evidências de nível 1 A, grau de recomendação A de Oxford, ou do critério de diretrizes do CFM, se vocês quiserem usar, respaldando as técnicas que deveríamos utilizar na assistência ao parto. Isso está muito distante da prática obstétrica nas nossas maternidades.

Então, está muito claro, pela medicina baseada em evidências, que qualquer intervenção do processo fisiológico de trabalho de parto implica um risco aumentado para a mãe e para o bebê. Nessa realidade, temos de imaginar que qualquer intervenção que se faça vai ter um custo. Então, essa intervenção tem de ser plenamente justificada para ser realizada.

Estamos falando de medicina baseada em evidências. Temos vários consensos internacionais, incluindo o Ministério de Saúde do Brasil e a Organização Mundial de Saúde, que norteiam essa prática.

Existem protocolos nessas instituições para nortear a nossa prática baseada em evidências. E ainda assim não temos isso como rotina em nossas maternidades.

Eu não podia deixar de citar o caso de Torres (RS). Eu não vou entrar no mérito da questão bioética ou da questão do Estatuto do Nascituro, se é que isso existe. Eu vou falar especificamente da questão técnica. A justificativa para ter sido submetida a uma cesárea sob coerção policial foi de que ela estava com o feto em apresentação pélvica e que ela tinha duas cesáreas anteriores. E eu fiquei extremamente surpresa ao longo dessa semana por confirmar uma coisa de que eu suspeitava: que a maioria dos profissionais técnicos do parto não conhecem as evidências.

O que as evidências falam, por exemplo, sobre o parto em apresentação pélvica? Até o ano 2000, o parto em apresentação pélvica era o parto em apresentação pélvica. Todo mundo sabia que era um parto que implicava, às vezes, algumas manobras necessárias, mas que era possível. A partir de 2000, o Term Breech Trial (TBT), de Mary E. Hannah *et al.*, um estudo clínico randomizado com dois mil casos, que levou as mulheres para a cesárea ou para o parto vaginal, mostrou que havia uma morbidade aumentada para os bebês que nasciam depois de um parto vaginal.

Isso foi depois confirmado pela meta-análise da Cochrane, em 2008, que foi basicamente o estudo da Hanna, acrescido de mais 300 sujeitos. Na verdade, a meta-análise da Cochrane teve conclusões um pouco diferentes do que as do TBT: a meta-análise apresentava um aumento da morbidade materna. As conclusões da Hanna eram: a cesárea melhora o desfecho neonatal e não piora o desfecho materno. Então, tem de ser cesárea. Era isso que o TBT defendia. E na verdade existem alguns vieses nesse estudo e a meta-análise da Cochrane não confirmou isso.

O que a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe para o feto em apresentação pélvica? Deve-se fazer cesárea em todo mundo? Não. A recomendação da OMS é baseada na meta-análise da Cochrane, é de versão cefálica externa. Virar o bebê para a apresenta-

ção cefálica. Quando as mulheres são submetidas a esse procedimento, em 80% das vezes, elas conseguem um parto vaginal em apresentação cefálica.

Não só o profissional não sabe que o parto pélvico é possível, como ele também não conhece a técnica da versão. Parece que você está falando algo de outro mundo, apesar de termos evidência de grau de recomendação A para esse procedimento. A recomendação não é a cesárea obrigatória. É o "pacto do cuidado". A mulher precisa decidir, ela tem autonomia para decidir a via de parto. Ela pode estar ciente dos riscos e optar por um pélvico vaginal. E o profissional tem obrigação não só de conhecer a versão cefálica externa e saber efetuá-la, como também de saber atender um parto em apresentação pélvica. Faz parte da *expertise* do obstetra atender um parto. Não estamos isentos, não podemos perder essa técnica. A qualquer momento pode chegar uma mulher parindo, com o bebê na vagina. E aí? O que fazemos? Com relação à apresentação pélvica, não há dúvidas.

E a cesárea anterior? A assertiva de "uma vez cesárea, sempre cesárea" é da década de 1960, quando tínhamos técnicas ultrapassadas de cesarianas em que havia um risco muito grande de uma ruptura em uma gestação posterior. Isso já caiu por terra. Sabemos que a cesariana, como antecedente, não é impeditiva para uma prova de trabalho de parto, e existem consensos internacionais respaldando essa afirmação. A recomendação é que a mulher seja informada do risco e opte pela via de parto. E o mesmo se dá com as mulheres que têm duas ou mais cesáreas anteriores. E isso está cada vez mais frequente em nossa sociedade. Elas estão chegando, por causa das cesáreas desnecessárias, com cada vez mais cesáreas. E aí, vamos decretar para elas sempre que elas precisam fazer uma terceira ou uma quarta cesariana?

O estudo "Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study", de Macones *et al.*, de 2005, que foi um estudo de qualidade — na verdade, uma meta-análise de 17 estudos de qualidade —, mostrou que as taxas de sucesso no parto vaginal depois de duas cesáreas são superiores a 70%. E o risco de rotura uterina é muito baixo, em torno de 1,3%.

E mostrou que mulheres que vão ser submetidas a uma terceira ou quarta cesárea têm morbidade também de hemorragia, internação em UTI. Então, não é isento de risco. Então, a mulher também tem capacidade de decidir pela via de parto que ela quer.

Isso norteou, inclusive, um consenso do ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) dizendo que tentar uma prova de trabalho de parto, depois de uma cesárea, é uma alternativa realmente factível inclusive para mulheres com mais de duas cesáreas anteriores.

Vou abordar rapidamente a questão da morbidade perinatal associada à cesariana. Um bebê que nasce de uma cesariana sem indicação médica tem duas vezes e meia mais chances de morrer. A mulher também tem três a cinco vezes maior chance de morrer em uma cesariana eletiva comparada ao parto vaginal. E ela tem seis vezes mais chances de morbidade materna grave, ou seja: a cesariana tem de ser muito bem justificada para ser rotina na nossa prática.

A tricotomia, que é a raspagem dos pelos, não tem respaldo científico. Ela não deve ser realizada, ela não tem benefícios, só prejuízo. A alimentação durante o trabalho de parto é recomendada; melhoram os resultados perinatais e maternos se a mulher não está em jejum.

O enema é, desde 1994, uma prática considerada proscrita pela Organização Mundial da Saúde, então, deveria ser abolida. Sobre o uso indiscriminado da ocitocina, baseado apenas no partograma de Friedman, que é da década de 1950: é um estudo com 100 mulheres americanas que usamos até hoje para nortear a velocidade da duração do trabalho de parto, e hoje temos estudos do Zhang com mais de 60 mil mulheres propondo, na verdade, uma curva de evolução do trabalho de parto muito mais lenta. Realmente não há justificativa para uso da ocitocina.

O expulsivo também. Sabemos que uma primigesta com analgesia pode ficar duas horas com pulsos espontâneos e dilatação completa; desde que ela não esteja exausta e o bebê esteja bem, realmente não há necessidade de acelerar o trabalho de parto.

O controle da dor: Sabemos das evidências da massagem, do apoio contínuo. Temos evidências de parto em posição não tradicional, mas a livre escolha é da mulher. Várias posições são possíveis para que ela se sinta confortável. A manobra de Kristeller é proscrita e a episiotomia, o corte cirúrgico no períneo, deveria ser realizada só em casos muito bem justificados — eu, particularmente, acho que nunca. O contato pele a pele, mãe–bebê. Bebê não é um troféu que o profissional de saúde exibe para a família. Ele é da mãe. E o corte tardio do cordão também, que garante melhor perfusão, inclusive um aumento da volemia do bebê.

Eu vou encerrar com esta frase, que não é de um obstetra, mas que se aplica muito bem à nossa assistência obstétrica atual: "Não há nada pior do que fazer muito bem a coisa errada".

DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE E A LEI MARIA DA PENHA

WÂNIA PASINATO – Possui graduação em ciências sociais pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, e mestrado e doutorado em sociologia pela USP. Tem experiência na área de sociologia, com ênfase em outras sociologias específicas, atuando principalmente nos seguintes temas: direitos humanos, violência contra a mulher, gênero, delegacias de defesa da mulher e sociologia jurídica.

EU VOU sair um pouco do foco da questão da saúde e do parto e vou falar sobre a Lei Maria da Penha e os desafios para sua implementação.

Só para alinhar a nossa compreensão sobre essa lei, eu quero ressaltar que ela vai muito além da esfera criminal, é uma lei que propõe intervenções em pelo menos três eixos, com a punição do agressor, mas que implica também sua responsabilização, a proteção das mu-

lheres, principalmente através das medidas protetivas, medidas que devem sevem ser aplicadas conjuntamente com as medidas de assistência, que eu entendo que devemos tratar muito melhor. E vamos trabalhar melhor com essas medidas se nós trabalharmos com enfoque na promoção de direitos e não com enfoque assistencialista. E um eixo de intervenção para prevenção e educação, trabalhando não só a prevenção de novos atos de violência da mulher, mas uma perspectiva de mudança da cultura. Então, trabalhando na sociedade.

A lei traz muitos avanços, isso nós também sabemos. Eu convido quem nunca leu a lei para que se dedique a lê-la, ela traz muitos avanços que são também nossos desafios. Um dos avanços é considerar a a violência doméstica e familiar contra a mulher como uma violação aos direitos humanos.

É muito mais do que dizer que a violência contra mulher é um crime, é dizer que ela necessita da atenção do Estado em diferentes setores para poder ser reprimida, para poder ser enfrentada. A lei nomeia diferentes formas de violência; então, saímos também do enfoque da violência apenas física. Aplica-se a todas as mulheres, independentemente de idade, de diferentes características, inclusive da orientação sexual. Substitui a expressão "mulher vítima" por "mulher em situação de violência", e isso não é pouco, para que possamos pensar uma lei que tem de ser aplicada pela esfera jurídica e por outras esferas de atenção. E, finalmente, ela se aplica à violência doméstica e familiar e à violência nas relações conjugais, mas amplia essa relação não só para o casamento, mas também para as relações afetivo-sexuais de outra natureza, como o namoro.

São todos desafios que nós temos, embora nos pareça muito compreensível que seja assim. A lei é excelente, eleita pela ONU a terceira melhor do mundo, sempre cantada em verso e prosa, mas ela precisa de estrutura, e é estrutura que nós não temos. Ou temos ainda muito deficitária. Ela precisa dessa estrutura que hoje nós chamamos de rede de enfrentamento à violência, como a Luana Grillo já abordou. Nós falamos muito em rede: a rede existe, está aqui, funciona ou não funciona. Mas, na verdade, nós não temos uma rede. O

que nós temos são conjuntos de serviços que tentam precariamente se comunicar.

Nós precisamos de serviço na segurança, na Justiça, na saúde, na assistência psicossocial e jurídica para ter o mínimo dessa rede funcionando. Mas precisamos também de políticas e programas na habitação, na educação, na cultura, na geração de renda e emprego, na previdência social, entre outras esferas. O que a Luana mostrou serve bem de pano de fundo para o que eu estou dizendo.

Mas nós não precisamos apenas de serviços novos sendo criados, nem de serviços especializados sendo criados. O que a Lei Maria da Penha nos diz e o que ela propõe é estar de forma absolutamente consoante com o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência e com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência. Nós já temos políticas, nós já temos serviços, nós já temos programas. E é preciso que todos — políticas, programas e serviços — incorporem a perspectiva de gênero. E é por isso que a lei chama atenção para a existência do Sistema Único de Assistência Social, do Sistema Único de Segurança Pública e do Sistema Único de Saúde, para que todos sejam também integrados a essa atenção à violência doméstica e familiar contra a mulher nas suas diferentes formas de expressão que estão lá nomeadas.

A SPM desde 2005 trabalha com uma noção de rede, já vem trabalhando em alguns Estados com isso e, em 2011, propôs outra versão para essa rede, sugerindo uma separação entre a rede de enfrentamento e a rede de atendimento. A separação, basicamente, é para dizer: é preciso ter quem pense essa política, quem proponha, quem planeje; e é preciso ter quem execute. Porque normalmente nós trabalhamos com as duas coisas juntas. Quem está lá na ponta é quem está tentando planejar, investir, buscar dinheiro e ainda por cima atender as mulheres. Então, nós falhamos nas duas coisas. Nem se consegue propor, nem se consegue executar. Desde 2011 a SPM tem proposto que se separem essas esferas de atuação.

Eu fiz uma leitura dessa proposta da SPM tentando entender por que separar e o que implica separar e como é que unimos as duas

pontas. Eu também posso ter um gestor pensando a política, pensando completamente distante do que acontece na ponta. Então, eu preciso ter uma união entre essas duas esferas. E aí eu pensei nessas duas pontas da rede unidas pela intersetorialidade, pela interdisciplinaridade, pela transversalidade de gênero, a interseccionalidade e a capilaridade que a política precisa ter para que ela chegue até o município. Nós queremos que chegue até a mulher do menor município do país. E cada esfera, então, com a sua função e trabalhando nesse eixo integrado.

Parece simples, mas sabemos que na prática isso é extremamente difícil.

Essa rede, como nós chamamos, e suas dificuldades. Primeiro, para essa rede de enfrentamento, para propor política, planejar política, nós precisamos ter organismos que possam fazer isso. E nós temos muito poucos. Temos em todos os Estados algum organismo de política para mulher, mas quase não temos nos municípios. E eles têm uma carência enorme de autonomia política, econômica e financeira.

Não temos serviços especializados suficientes. Sabemos também que a presença desses serviços nos municípios é muito pequena. E eles são desaparelhados e com pessoal sem capacitação. Temos, na verdade, redes de pessoas. Falta institucionalização para esses serviços, falta visibilidade para muitos desses serviços, que trabalham escondidos e a meia-porta. E inexistem fluxos que permitam encaminhar as mulheres e seus documentos e os procedimentos de um serviço para o outro.

Sintetizando, cabe sempre à mulher saber para onde tem de ir e o que ela tem de fazer no passo seguinte. Não é o serviço que organiza isso para ela e que discute essas alternativas. É a mulher que tem de saber o que faz e para onde vai. Ou é simplesmente barrada em alguns serviços.

A Lei Maria da Penha nos propõe, naqueles três eixos, que ela seja aplicada com essa abordagem integral e que a Casa da Mulher Brasileira, o novo programa da SPM, adotou outra expressão aqui, mas a abordagem é a mesma. É dizer que nós precisamos integrar os

serviços e que nós precisamos fazer com que essa mulher seja acolhida nesses serviços e encaminhada para o seguinte, como se isso fosse parte de um mesmo procedimento de atendimento. E para que isso ocorra nós precisamos, em primeiro lugar, afastar do nosso entendimento que a violência contra mulher é um problema de polícia. Ela não é um problema de polícia apenas. Ela é também um problema de polícia. Mas nós precisamos dar condições para que essa mulher chegue à polícia sabendo o que ela quer fazer, o que quer fazer com aquela denúncia e como aquilo vai repercutir na vida dela.

Precisamos das respostas intersetoriais pensadas como tal. Elas precisam ser planejadas por atores de todos os serviços e não apenas cada um fazendo a sua parte ou tentando fazer tudo ao mesmo tempo. Uma coisa que nós temos muito é que cada serviço quer ter sempre a sua equipe multidisciplinar, garantindo para essa mulher a atenção psicológica e social. Mas essa atenção se replica no serviço sem que saibamos qual é a consequência disso para a mulher, que tipo de resposta efetiva nós damos.

Finalmente, precisamos incorporar a transversalidade de gênero. Não apenas para pensar política ou serviço no atendimento da mulher, mas compreender qual é a necessidade da mulher, qual é a necessidade que nós temos de combater a desigualdade social que essa mulher enfrenta quando ela busca um serviço, quando busca uma política, e compreender que a violência baseada no gênero não é essa violência praticada fora de casa, ela é praticada dentro de casa por pessoa conhecida, e isso envolve uma dimensão de afeto que é muito importante também para nossa compreensão e formulação da política.

O PAPEL DA DEFENSORIA PÚBLICA NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER

ANA PAULA DE OLIVEIRA CASTRO MEIRELLES LEWIN – Bacharel em direito pela Universidade de São Paulo, é defensora

pública e coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (Nudem). Especialista em direito civil, processo civil, família e sucessões pela Escola Paulista de Direito.

A DEFENSORIA Pública atualmente abraçou a causa da violência obstétrica; digo a Defensoria porque, por mais que isso tenha chegado por meio do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher, hoje isso já é algo institucionalizado. No fim de 2013 isso foi aprovado na nossa conferência estadual, integrando nosso plano de metas.

Então, antes de adentrar no mérito, eu vou trazer um pouco o que é a Defensoria Pública, o que é o Núcleo da Mulher e, enfim, chegar à questão da violência obstétrica.

Eu trago aqui um breve histórico sobre a Defensoria Pública de São Paulo. Uma Defensoria que foi criada ainda muito recentemente, no ano de 2006. Então, temos apenas oito anos.

O atendimento, a assistência jurídica integral e gratuita, antigamente, no Estado, era feito pela Procuradoria de Assistência Judiciária, o que era muito complicado porque era um órgão vinculado ao governo do Estado, o que impedia uma atuação contra o próprio Estado; por uma própria incongruência, não dava para um órgão estatal atuar contra o Estado. Hoje somos um órgão totalmente independente; então, isso nos traz essa possibilidade.

A Lei nº 988/2006, que regulamenta a Defensoria, diz que "A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, assim considerados na forma do inciso LXXIV do artigo 5º da Constituição Federal". E aí a grande importância da Defensoria Pública, que não é um órgão só de ajuizamento de ações; nós temos funções muito maiores, os defensores

públicos gostam muito de se chamar de agentes de transformação social, porque eu acho que esse é o nosso papel maior.

Precisamos divulgar o direito, tirar as pessoas da ignorância, e ignorância eu trato como a falta de conhecimento. Talvez o nosso papel mais importante seja trazer esse conhecimento para a população, para que assim possamos reconhecer a violação dos direitos e, se for o caso, ajuizar as demandas.

Quando falamos da Constituição, o que ela prevê é que o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos.

Isso também é importante tratar porque, quando falamos "aos necessitados", acabamos restringindo, dizendo que é a eles, os necessitados, que vamos prestar o nosso serviço. Isso quando estivermos tratando da assistência jurídica, do acompanhamento processual, que só vamos prestar aos necessitados. Mas, quando falamos de orientação, quando falamos da garantia de direitos humanos, vamos, sim, atingir toda a população.

Pela nossa deliberação, internamente, trazemos o que são esses necessitados, e isso às vezes incomoda muita gente porque, infelizmente, não conseguimos atender todo mundo.

Nós temos algumas limitações, e a norma interna que trata disso é a nossa Deliberação nº 89/2009, que traz algumas previsões. A primeira é que a pessoa "necessitada" é aquela que aufira renda familiar mensal não superior a três salários mínimos federais — o que ainda é muito pouco, principalmente em cidades como São Paulo. Três salários mínimos para uma família inteira não paga nem o aluguel da casa. Então, acabamos segregando ainda mais, porque uma massa da população, infelizmente, ainda tem o acesso à Justiça negado.

O segundo critério é que a pessoa não seja proprietária, titular de aquisição, herdeira, legatária ou usufrutuária de bens móveis, imóveis ou direitos, cujos valores ultrapassem a quantia equivalente a cinco mil Unidades Fiscais do Estado de São Paulo — Ufesp. E o terceiro é que ela não possua recursos financeiros em aplicações ou investimentos em valor superior a 12 salários mínimos. É importante elucidar

que a Deliberação diz que a entidade familiar é toda comunhão de vida instituída com a finalidade de convivência familiar e que se mantém pela contribuição de seus membros.

A Defensoria Pública conta hoje com núcleos especializados, órgãos da instituição que têm a função primordial de auxílio e suporte aos defensores públicos. Mas, além disso, temos outras funções porque os núcleos coordenam os debates, e os materiais produzidos pelas Defensorias Públicas propõem ação judicial e são responsáveis por coordenar o acionamento de cortes internacionais, quando necessário. E esses núcleos, por serem órgãos de *expertise* e dedicados principalmente ao estudo, possuem coordenadores, defensores públicos que são afastados das suas atribuições ordinárias para se dedicar a essa questão, que é o meu caso. Atualmente, então, eu sou coordenadora do Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher (Nudem) e eu me dedico exclusivamente a isso.

Então, eu trago aqui um pouco das funções dos Núcleos Especializados: compilar e remeter informações técnico-jurídicas, sem caráter vinculativo, aos defensores públicos; propor medidas judiciais e extrajudiciais; realizar e estimular o intercâmbio permanente entre os defensores públicos; realizar e estimular o intercâmbio com entidades públicas e privadas; atuar e representar no Sistema Interamericano dos Direitos Humanos; prestar assessoria aos órgãos de atuação; coordenar o acionamento de cortes internacionais.

O Nudem foi criado no ano de 2008, até por uma demanda do movimento social, que entendia que isso era uma necessidade, que a Defensoria Pública tinha de enxergar o direito das mulheres como algo que tinha de ser estudado separadamente, que precisava de uma dedicação mais exclusiva. Entretanto, a questão do Nudem, no início, era muito voltada à violência doméstica. Isso porque, até nos desenhos das outras Defensorias, os núcleos são locais de atendimento, especificamente. Então, há muito dessa questão da judicialização, e o nosso núcleo foi pensado de uma maneira diferente.

Nosso regimento interno diz que o Nudem é um órgão de execução e de atuação da Defensoria Pública do Estado de São Paulo,

tem caráter permanente e a missão primordial de prestar suporte e auxílio aos membros da instituição no desempenho da atividade funcional, bem como atuar isolada e conjuntamente com os defensores públicos, sem prejuízo da atuação do defensor natural, sempre que a demanda apresentada se referir, direta ou indiretamente, a direitos específicos ou gerais relacionados às mulheres.

Esse talvez seja o nosso maior diferencial entre as outras Defensorias, que é atuar em favor de qualquer direito, e não só quando há violação, como na violência doméstica. Isso nos traz uma amplitude, uma possibilidade de tratar das mais diversas demandas, e por isso abraçamos a causa da violência obstétrica.

Eu trago aqui também algumas atribuições do Núcleo da Mulher. Uma das primeiras atribuições, acho importante destacar, porque é assim que começa a nossa atuação na questão da violência obstétrica, é informar, conscientizar e motivar a população carente, inclusive por intermédio dos diferentes meios de comunicação, a respeito de seus direitos e garantias fundamentais, em colaboração com a Coordenadoria de Comunicação Social e a Escola da Defensoria Pública.

E por que eu trago especificamente esse ponto? Porque foi assim que começou a nossa atuação. Mais ou menos em meados de 2013, fomos procurados por ativistas da rede de mulheres Parto do Princípio trazendo essa demanda, que nós desconhecíamos. Confesso que era algo que eu realmente nunca tinha ouvido falar, e a primeira pergunta que sempre me fazem é: "Mas você é mãe para poder tratar com isso?". "Não, não sou." E mesmo assim isso me choca porque, antes de qualquer outra coisa, eu sou mulher. Isso me incomoda e é por isso que levamos essa demanda à frente.

Pensando nessa questão, por que resolvemos primeiro fazer esse papel de informação? Primeiro, porque nunca havia chegado à Defensoria uma demanda específica de uma mulher se reconhecendo como vítima de violência obstétrica. Principalmente no âmbito criminal. Não há no âmbito criminal porque não existe uma previsão legal sobre o que é crime de violência obstétrica como existe, por exemplo, o crime da violência doméstica familiar. A Lei Maria da Penha retrata

quais são as hipóteses, quais são os crimes cometidos de determinada maneira que se configuram como violência doméstica e familiar. Para violência obstétrica ainda não temos isso.

Ainda isso não nos havia chegado. Para que isso chegue, precisamos mostrar para essas mulheres que essa violência ocorre. Então, a primeira providência foi a elaboração de um *folder*. É um material ainda, digamos, pobre, porque falta muita informação, mas eu acho que ele faz o mais importante, que é tocar as pessoas.

Então, com isso fizemos seminários e parcerias e hoje a nossa maior função é esta: discutir essa questão porque, como eu tenho colocado, acho que o grande problema é que judicializar não vai trazer as respostas que esperamos. Precisamos sensibilizar as pessoas, desconstruir paradigmas. Principalmente o paradigma do machismo, porque a violência obstétrica só acontece porque estamos tratando do direito da mulher. Vocês podem ter certeza disso.

A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM REDE E MULTIDISCIPLINAR PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

BRANCA PAPERETTI – Psicóloga especializada em violência doméstica e coordenadora da Casa Eliane de Grammont.

EU REPRESENTO a Casa Eliane de Grammont, que foi o primeiro centro de referência no Brasil, sob a coordenação da Simone Grilo Diniz. A Simone era a coordenadora da Coordenadoria da Mulher quando foi criado, então, o primeiro serviço, o primeiro centro de referência, e com a proposta de um trabalho integral.

À época, o que havia eram as delegacias, o abrigo e o primeiro centro de referência. Muito se avançou nesse tempo, conseguimos construir a perspectiva de um olhar e de uma intervenção muito maior e é muito importante frisar que a perspectiva de gênero precisa ser visi-

bilizada cada vez mais. Nós precisamos melhorar a visibilidade para a desigualdade de gênero, para a opressão de gênero, para a banalização da violência de gênero, que perpassam as mais diferentes instâncias da nossa vida e que naturalizam a violência contra as mulheres. E essa é uma poderosa ferramenta para reflexão e transformação social.

No Estudo Global sobre Homicídios, divulgado pela ONU em 2014, há um dado de que uma em cada três mulheres no mundo já sofreu algum tipo de abuso físico ou sexual. E dos abusos psicológicos, morais, dos abusos sexuais dentro das relações amorosas, nós temos pouquíssimos registros. E provavelmente isso se dê tanto pela naturalização dessa violência quanto pela não notificação, até pelos procedimentos usados nos lugares onde eles deveriam receber essas notificações.

Precisamos repensar conceitos, valores e, do ponto de vista de políticas públicas, avançar com afinco no fortalecimento das redes de atenção e de enfrentamento da violência contra as mulheres. A conquista de direitos e de espaços democráticos é estratégia fundamental e necessária, mas não elimina automaticamente as relações e os espaços de opressão objetivos, subjetivos e simbólicos presentes em nosso sistema de dominação patriarcal, que se reflete, muitas vezes, nos espaços de atendimento e que tem como consequência a revitimização das mulheres que voltam para aquela rota crítica eterna de buscar ajuda e ter sua queixa ouvida.

A complexidade que envolve a violência doméstica requer que essa abordagem se dê por meio de múltiplos olhares, de acordo com cada especificidade, em uma abordagem multi e interdisciplinar. O trabalho integrado se faz cada vez mais necessário e, portanto, é de suma importância a sensibilização e a capacitação continuada de todos os atores envolvidos.

E nós temos de levar em conta a grande rotatividade dos profissionais da área, que tem às vezes como motivo o sofrimento causado por esse trabalho, pela impotência, pela falta de continuidade das políticas por resolução. O sofrimento psíquico desses trabalhadores é muito grande e, por isso, temos um *turnover* muito grande nos trabalhadores que lidam com violência doméstica.

A criação da SPM trouxe um norte para se pensar numa rede de atuação, de prevenção, de garantias de direitos e, inclusive, de responsabilização dos agressores. E a rede, então, foi redimensionada, passando a compreender outros serviços que não somente os abrigos e as delegacias; entraram na rede os centros de referência, as Defensorias da mulher, as Promotorias da mulher, os núcleos de gêneros dos Ministérios Públicos, os Juizados especializados em violência doméstica e familiar, e a central de atendimento, que agora tem um aporte. É muito bom pensar que muitos tipos de redes têm se constituído, alguns até de forma espontânea, pensando na prevenção, na atenção e no enfrentamento da violência, envolvendo vários tipos de serviços e em diferentes instâncias.

Essas redes têm se conectado. Algumas funcionam em paralelo e é muito importante que tenham como objetivo em comum a autonomia, o fortalecimento, a proteção e o empoderamento das mulheres.

Nesta semana tivemos um encontro com uma pesquisadora americana que fez uma pesquisa sobre a aplicação da Lei Maria da Penha. Ela também escreveu um livro e fez uma pesquisa com a rede e, nesse encontro, conseguimos reunir duas redes importantes de São Paulo, a Rede Zona Sul, que é onde está incluída a Casa Eliane, e a Zona Leste, que é uma rede grande também, e foi uma oportunidade que tivemos de as duas redes se encontrarem, o que foi muito bom.

Não é mais aceitável que, nesses desafios que temos durante o trabalho rotineiro, nós, mulheres, precisemos fazer tanto esforço para sermos reconhecidas como sujeitos de direitos, conscientes, livres, autônomas, responsáveis por nossa vida, por nosso corpo, por nossas escolhas em relação à nossa vida e ao nosso corpo.

Não é mais aceitável que as mulheres não consigam lavrar um boletim de ocorrência ou que ainda precisem provar terem vivido violência física para conseguir obter as medidas protetivas já garantidas na lei e que quase fazem cair por terra as outras violências que também estão garantidas nas leis: a violência psicológica, a violência moral, a patrimonial e a sexual na relação amorosa.

Não é mais aceitável ouvir de agentes públicos especializados que a mulher provocou a agressão ou o estupro através de seu comportamento ou de seu vestuário. Não é mais aceitável que os agentes de segurança, em vez de proteger a mulher e fazer cessar o risco em que ela se encontra, tratem o caso como desinteligência familiar. Não é mais aceitável que a mulher sofra violência nos espaços institucionais, das mais diferentes formas, como a violência obstétrica, por exemplo. Então, não é suficiente nós denunciarmos essa desigualdade. É importante que cada um faça o seu papel na rede, integradamente.

E para isso é necessário um investimento público, o orçamento, a qualificação, e sempre em uma perspectiva transversal, envolvendo a saúde, o centro de referência, as delegacias, o Judiciário, a segurança, a moradia, o trabalho, a creche, porque não se resolve nada em relação à violência de uma forma pontual. Então, o caminho é muito longo, tortuoso, com muitas conquistas e muitos desafios mais. Mas todos nós fazemos parte dessa construção para uma vida com mais igualdade e respeito.

DEBATE – ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E A FAMÍLIA

MEDIAÇÃO – Edna Maria Goulart Joazeiro, professora da PUC de Campinas

EDNA JOAZEIRO – Antes de abrir para as perguntas, vamos passar brevemente a palavra para a professora Carmem Simone Diniz, para uma palavra de despedida.

CARMEM SIMONE DINIZ – Eu queria agradecer o convite, é uma honra estar aqui, neste Fórum aqui na Unicamp, discutindo tema tão

importante. A ideia do pensamento estratégico é especialmente indicada, porque estamos no momento em que — eu gostei muito de como a Carla encerrou — estamos fazendo com grande excelência, às vezes, as coisas erradas.

Então, como é que conseguimos o grande desafio de mudar paradigma? Temos uma tradição muito grande para o lado do ativismo da reforma sanitária. E eu diria que o programa de humanização no SUS é um exemplo disso, por um lado. Por outro, todo ativismo dos movimentos das mulheres contra a violência. Eu acho que são duas grandes importantes alianças para fazermos agora. Eu acho que seríamos muito bem-sucedidos se conseguíssemos o compromisso da Secretaria de Políticas para as Mulheres — eu diria que a professora Eleonora Menicucci é uma pessoa extremamente sensível a essa causa — para partirmos para a questão do treinamento para o Ligue 180, para receber as questões de violência obstétrica, que é um tema que já vimos falando há alguns anos.

Eu acho que seria uma questão muito importante. E estreitar ligações com o programa de humanização. Em grande medida, o programa tenta pensar em como melhorar as condições de trabalho no SUS para que as pessoas possam, de fato, oferecer um cuidado mais apropriado, mais humanizado etc. E a questão da humanização do parto traz esse debate técnico, de como o técnico é político. E como gênero. Todas as diferenças de classe social e cor da pele. Todas as formas de discriminação se corporificam na assistência ao parto.

Essas alianças, assim como a aliança do pensamento estratégico, principalmente de vanguarda e de inovação na produção de conhecimento, são alianças fundamentais que estamos fazendo agora.

Eu lamento imensamente não poder ficar aqui o dia inteiro porque eu acho que esta é uma oportunidade que vamos lembrar, como lembramos, por exemplo, da Carta de Campinas. Lembrar como momentos que foram pontos de mutação e que demos um grande avanço a partir daí. Esse é o meu sentimento com relação ao momento de hoje.

EDNA JOAZEIRO – Obrigada, doutora. Fundamental a sua contribuição.

Como nosso tempo é exíguo, eu peço que façam brevemente, muito objetivamente, sua questão. Vamos tentar um bloco de quatro questões.

ANA LÚCIA – Boa tarde, meu nome é Ana Lúcia. Eu sou representante da Associação Artemis. Primeiramente, eu quero dizer que é uma honra assistir a este debate no dia de hoje.

Eu acho que, como a professora Simone falou, é um dia histórico. Quem é ativista da humanização sabe que este é um dia histórico. Eu não tenho uma pergunta específica a ninguém. Eu estou aqui para trazer um convite e um recado a todas nós mulheres. Dois. Primeiro, quero convocar todas as mulheres a participar do ato em prol da Adelir de Goes [submetida a uma cesárea por determinação da Justiça em Torres (RS), em 2014]. Uma vigília que vai acontecer em várias cidades do Brasil, se não me engano, em 16 cidades no Brasil, e em mais seis cidades ao redor do mundo; vamos nos reunir a partir de sexta-feira, 11 de abril, às 13 horas, encerrando às 13 horas do sábado.

Em São Paulo, nós estaremos em frente ao Largo São Francisco. E nós entendemos que a violação da autonomia da Adelir é um caso que atinge todas as mulheres, todos os movimentos. Então, fica aqui o convite para todo mundo participar desse ato.

E o segundo convite é dizer que foi acolhido o pedido que a Artemis fez de audiência pública para a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos da Presidência da República, para a Comissão dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, e que muito em breve vamos articular para que no final deste mês sejamos ouvidas em Brasília com essa discussão, vamos levar a nossa sugestão de projetos de lei. É muito importante a mobilização dos ativistas. A mobilização e o apoio dos movimentos feministas para esse dia.

Então, acompanhem a nossa *fanpage*, acompanhem o *Facebook* do pessoal que está articulando isso. E se puderem, vamos para Brasília, pois eu acho que é um momento histórico e nós precisamos mostrar a

força dos movimentos para a esfera de poder, de modo que possamos, efetivamente, criar uma legislação e criar mecanismos de fiscalização para finalmente começar a discutir sobre como erradicar e prevenir a violência obstétrica. Era esse o recado. Obrigada.

SABRINA FERIGATO – Meu nome é Sabrina. Sou trabalhadora do SUS, da Rede Humaniza SUS. E eu gostaria de fazer uma questão, eu acho que é mais especificamente para a Ana Paula e para a Luana, e que tem a ver com o caso Torres, um caso que a Carla sabiamente trouxe para este evento de hoje.

Esse caso traz de uma forma bem emblemática aquilo que já vimos vivenciando em outras esferas da saúde, ou seja, que, para além da medicalização da vida, estamos vivendo agora um processo de judicialização da vida, e eu acho que esse caso traz também, de uma forma também muito emblemática, como dois grandes poderes podem atuar sobre o corpo de uma mulher com o risco de abrirmos precedentes muito perigosos, caso não tenhamos um posicionamento muito claro; judicialmente, um posicionamento político do estado em relação a isso.

Para quem não sabe, o caso Torres foi o caso de uma gestante que optou por não fazer uma cesárea e a médica acionou o poder público, inclusive a polícia, para que essa mulher fizesse, então, uma cesariana.

Alguns organismos estratégicos e importantes, do ponto de vista das relações de poder, como a Febrasgo [Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia] e a Política Nacional de Humanização, já vêm se manifestando publicamente contra essa ação em favor dos direitos dos usuários. Eu queria saber um pouco de vocês como é que o Estado, como é que a Coordenadoria da Saúde da Mulher, está vendo isso e como é que, do ponto de vista jurídico, isso pode criar alguns tensionamentos, por exemplo, quando começamos a parar de falar em risco fetal e passamos a falar em direitos do nascituro. Como é que isso se contrapõe aos direitos do nascituro e aos direitos da mulher?

NÃO IDENTIFICADA – A minha pergunta junta o caso Torres com algumas apresentações que foram feitas aqui, que sugeriram estratégias de trabalho entre as instituições, principalmente o Judiciário, a polícia, as instituições de saúde, pensando em várias estratégias para que eles atuem juntos nesse esforço no sentido de garantir os direitos da mulher em relação à violência obstétrica.

Se acontece com uma mulher o que vimos no vídeo exibido aqui em alguns depoimentos, nós temos de contar com as várias esferas se articulando, trabalhando juntas, para que essa mulher consiga garantir seus direitos ou pelo menos reclamar depois da violência ocorrida.

No caso Torres ocorreu o contrário. Não foi preciso haver nenhuma articulação entre as partes. E eles rapidamente, em questão de horas, pouquíssimas horas, conseguiram acionar o Judiciário, o Ministério Público, e conseguiram acionar a polícia. Então, eu queria entender. O Estado é muito eficiente. Todas as instituições são muito eficientes. Dá para você articular tudo em duas, três horas. Por que nós, como mulheres, quando sofremos a violência, temos de ficar pensando em estratégias e temos de ficar criando tudo isso?

Eu não acho que a mesa tem alguma culpa nisso, mas o meu tom de voz é de indignação. Eu queria que vocês pudessem comentar sobre isso. Nós moramos em Campinas, mas conhecemos várias pequenas cidades, que podem até ser maiores que Torres, mas funcionam do mesmo jeito que Torres. Então, eu só queria uns comentários a respeito disso. Estamos aqui, fazendo este Fórum, tentando estratégias, criando coisas. Temos aqui gente do Estado, do município e do âmbito federal. E eu queria que essa minha fala fosse levada como uma demanda civil ao poder público, porque às vezes o público serve muito rapidamente a determinadas coisas e para o cidadão, fica a dever.

TAMIRES – Meu nome é Tamires, eu sou estudante de Serviço Social na PUC Campinas. E a minha pergunta é para a doutora Carla. Eu gostaria de saber o seu posicionamento sobre o parto natural humanizado.

LÍGIA – Eu sou Lígia, sou advogada. A minha pergunta é para a doutora Ana Paula. A doutora citou o Núcleo Especializado de Proteção e da Defesa dos Direitos da Mulher, especificamente. Mas também citou que a lei dos defensores públicos determina que haja núcleos especializados para todos os temas.

Eu queria saber se esses núcleos especializados são municipais, se existe em Campinas o Núcleo Especializado da Mulher, se é municipal ou se é estadual e se existem também núcleos especializados para defesa da criança e do adolescente, dos idosos, e quem são esses defensores que têm esses cargos, que não são defensores só para causas judiciais, mas também para defender esse tipo de causa.

ANA PAULA LEWIN – Então, eu vou começar pela sua pergunta, Lígia, que é bem fácil de responder. A existência de núcleos e da lei da Defensoria Pública do estado de São Paulo. Que temos de ter núcleos especializados.

Então, hoje a Defensoria Pública conta com nove núcleos especializados que elencamos como demandas sensíveis e esses núcleos têm atuação em todo o Estado, assim como a Defensoria Pública do Estado. Por isso eu coloquei que a Defensoria não é um órgão de atendimento porque, se nós estivéssemos centralizados na capital, acabaríamos impedidos de atender. É isso, por exemplo, que possibilita o fato de eu estar aqui hoje. Como eu tenho uma atuação em todo o Estado, vem uma demanda de Campinas e nós vimos até aqui para tentar atender e ajudar.

Hoje os nove núcleos especializados são: o da Mulher; o da Infância e Juventude; o de Combate a Discriminação, Racismo e Preconceito; o da Situação Carcerária; o da Segunda Instância e Tribunais Superiores; o do Idoso e da Pessoa com Deficiência; o de Cidadania e Direitos Humanos; o da Habitação e Urbanismo; e o do Consumidor. Então, esses são os núcleos que nós elegemos como causas sensíveis e todos eles têm atuação na esfera estadual. Podemos atuar em qualquer município do Estado de São Paulo. E ainda temos a possibilidade de articulação com os demais Estados para uma eventual ação de forma mais coletiva.

Todas as nossas informações podem ser obtidas na nossa página na internet. Cada núcleo tem o seu coordenador específico, então temos lá, do lado esquerdo da página da Defensoria — www.defensoria.sp.gov.br — todos os nossos núcleos. Temos ali uma especificação sobre o que é, quem é o defensor e o coordenador e o *e-mail* para entrar em contato.

Agora, tratando um pouco mais especificamente da questão do caso Torres, da questão do direito de nascituro, dos direitos da mulher. Sobre a atuação do Estado nesse sentido, eu concordo que um caso como esse pode trazer inúmeros prejuízos porque, quando temos o primeiro, nada impede que tenhamos vários outros e que isso demonstre, infelizmente, que o Estado não está preparado para essa demanda e que ainda acreditamos que o Estado é um poder supremo e que invade os direitos da mulher sem perguntar se ela concorda ou não.

É claro que muitas dessas demandas, às vezes, vão precisar ser judicializadas, mas, nesse caso específico, me posicionando, inclusive juridicamente, eu acho que faltou muita coisa, inclusive instrumento probatório. Porque, para termos uma demanda judicial, para que tenhamos uma decisão do Tribunal de Justiça, do magistrado em si, precisamos provar que aquilo está acontecendo.

Pelo menos o que chegou até nós, o que tem aparecido na mídia e o que chegou até o Núcleo é um laudo assinado pela própria médica dizendo só que ela tinha duas cesáreas prévias e 40 semanas. Não descrevia um risco nem para essa mulher nem para o nascituro. E o que me incomoda mais ainda é que, se não chegamos a esse problema no caso de uma gestação, isso mostra que infelizmente não estamos em uma sociedade preparada para discutir uma coisa que me incomoda muito mais, que é a questão do aborto. Eu tenho posicionamento favorável ao aborto, não tenho problema nenhum em falar isso; então, vemos que a autonomia da mulher sobre o seu corpo não existe.

É isso que esse caso me mostrou e que infelizmente nós vamos enfrentar, tanto vamos enfrentar que existe hoje em andamento o projeto do Estatuto do Nascituro e, se esse estatuto um dia for aprovado, daí sim nós nunca mais vamos poder falar de autonomia, prin-

cipalmente da mulher grávida, porque ela não vai ter mais escolha, porque desde o momento da concepção vai ser tudo garantido. E daí nós vamos contra tudo que já existe, até contra as próprias normas técnicas do Ministério da Saúde, porque, se vamos garantir essa vida, digamos assim, essa vida é garantida desde o início, então nós nunca vamos poder tocá-la, ela vai se tornar intocável. É complicado porque, realmente, são direitos que precisam ser contrapesados. Mas eu ainda acho que nesse caso a autonomia sobre o corpo da mulher tinha de ter prevalecido.

A mudança legislativa, a mudança do paradigma, apesar de ser um Estado laico, acho que alguém colocou aqui, nós ainda vivemos em um Estado em que as pessoas têm suas religiões e isso acaba interferindo nos direitos. As minhas crenças não podem se confundir com o direito alheio. Aquilo em que eu acredito eu tenho de acreditar para mim.

Então, eu queria ter uma resposta para isso. O que nós vamos fazer? Eu não sei. Eu não sei quais serão as consequências a partir de agora. Eu não sei como as instituições vão se posicionar. Eu acho que nós, mulheres e homens que acreditamos nessa autonomia, cada um de nós, a partir de agora, vai ter de fazer a sua parte, por isso a importância da audiência pública, por isso a importância do ato de sexta-feira, por isso a importância de discutir, eu não estou aqui pregando que existem médicos errados e a que a violência obstétrica acontece em todos os casos. Não, não é isso. Mas eu acho que nós precisamos nos preparar, precisamos entender o momento social que vivemos e que muitos direitos ainda são privados.

EDNA JOAZEIRO – Eu gostaria de passar agora para a Luana falar sobre a dimensão federal.

LUANA DA SILVA – Há duas questões aqui que eu acho que se aplicam mais. Em relação a casos, por exemplo, como Torres, tudo aconteceu numa velocidade muito grande. A SPM sempre busca uma sensibilização direta e se posicionar do lado da mulher em situação de

violência a tempo de que o resultado seja positivo do ponto de vista da mulher.

No caso Torres realmente foi rápido demais. O posicionamento público acaba aparecendo depois. No caso da Luana Piovani, recentemente conseguimos ter uma atuação um pouco mais forte porque estávamos envolvidos nesse processo havia mais tempo, foi um processo bastante lento, e é um caso diferente, obviamente, um caso de violência doméstica e não de violência obstétrica.

Acho importante que a SPM continue se posicionando publicamente com ato de repúdio, incidindo diretamente, de maneira a tentar influenciar os operadores de direito, as pessoas envolvidas nas decisões que são tomadas em relação aos casos de violência. É um trabalho que já vem sendo feito, de sensibilização de modo geral, amplo, e de sensibilização focada em algumas questões específicas que estão acontecendo no momento, que são os casos mais emblemáticos.

Temos o Plano Nacional de Políticas das Mulheres (PNPM), que contempla essa questão da violência obstétrica, mas a parte finalística dos temas da violência obstétrica incide diretamente sobre o Ministério da Saúde.

Então, na verdade, nesse âmbito, o PNPM funciona como um instrumento transversal que visa também influenciar a política que é desenvolvida pelo Ministério da Saúde e monitorar os avanços nesse sentido.

Acho muito importante, para concluir, no nosso âmbito, para que continuemos com as manifestações públicas e com o trabalho de influenciar os operadores, e eu vou levar isso para o Ligue 180. Eu acho importante dizer que estamos em um momento-chave para o Ligue 180, com uma licitação nova que vai sair, uma reformulação do sistema.

Existe uma questão do Ligue 180 que é, quando a mulher liga relatando a violência, ela fica muito tempo naquela ligação oferecendo informações. E isso, às vezes, incomoda muito a mulher em situação de violência. Ela não quer ficar respondendo qual é a cor dela, qual é

o nível salarial, se ela tem deficiência ou não tem, se é isso ou aquilo. Ela quer relatar a violência e atingir o objetivo dela naquela ligação. E nós, do outro lado, sabemos a importância desses dados para informar a política pública.

Então, cada vez que entramos com uma informação a mais no Ligue 180, sabemos que isso prejudica e que algumas mulheres vão desistir daquela ligação. Então, isso tem de ser balanceado. Mas eu vou levar essa questão para o Ligue 180, como eu já levei a questão das mulheres com deficiência, para conseguirmos um recorte de quantas mulheres em situação de violência estão ligando.

Acho importante a questão de a violência obstétrica entrar como uma forma de violência para que possamos, então, ter um número e incluir essa questão no Disque-Denúncia. Mas, como eu expliquei, existe toda essa complexidade. Eu vou levar isso para a coordenação do Ligue 180. É um momento-chave.

Se for para entrar no Ligue 180, que entre agora, porque a nova licitação inclui um novo sistema que permite que façamos essa mudança. Então, é bastante complicado fazer essas mudanças no Ligue 180.

Recentemente eu pedi à coordenadora que incluísse um quadradinho com mulheres com deficiência nas perguntas que são feitas e também a companhia em que trabalham; queriam cobrar mais de R$ 300 mil. É uma fortuna para conseguir incluir um quadradinho. Não era possível. Não estava no contrato. E aí fica uma batalha. Não pode porque não está no contrato e existe uma legislação.

Então, essa relação não é tão simples assim. Não se decide e se muda. Mas esse é um momento de realmente batalhar para conseguirmos incluir certas coisas.

Vou levar esse tema não só para a coordenação do Ligue 180, mas para a Coordenação-Geral de Programas de Saúde que existe na Secretaria de Política para as Mulheres. Existe não na Secretaria de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, existe na Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temáticas (Saiat), é uma coordenação que está tratando desse tema. Vou levar essas questões. Espero que consigamos avançar.

Eu acho que é importantíssimo esse recorte e a possibilidade de que se transforme em uma denúncia que alguém tenha de responder, enfim. Espero que consigamos oficializar essa questão para avançar.

Então, eu vou levar o pedido de vocês para a SPM e discutir. Vamos ver o que conseguimos avançar nesse sentido.

EDNA JOAZEIRO – Em uma breve passada pela mesa entendemos que a doutora Carla sente que falta uma resposta. Então, ela tem um minuto para fazer isso.

CARLA POLIDO – A pergunta é o que eu acho do parto natural humanizado. Na verdade, não sou eu que acho, são as evidências, é a Organização Mundial da Saúde: 90% das mulheres que estão grávidas são saudáveis. Então, a assistência sem intervenções desnecessárias é o preconizado. E eu entendo o parto humanizado como tendo esse conceito.

Na verdade, é o parto humanizado, porque o humanista é outra coisa. O humanista tem de nascer humanista. É muito difícil você treinar uma pessoa para ser humanista. Não é uma receita de bolo.

Na verdade, nós temos protocolos, sim, que viabilizam o parto humanizado e, na minha opinião, é a melhor escolha para a mulher de risco habitual.

EDNA JOAZEIRO – Obrigada, doutora Carla. Nós agradecemos a todos que estão nesta sala e a todos que nos ouvem de suas casas, pela internet. Agradecemos pela atenção e pelo compromisso histórico para que façamos de outro modo, e que com certeza façamos melhor.

PARTE III

DEPOIMENTOS

VIOLÊNCIA, BUSCA E ESPERANÇA: A VIOLÊNCIA NO ÂMBITO DAS RELAÇÕES FAMILIARES

ISAURA TREVISAN MOREIRA – Psicóloga pela PUC de Campinas, especialista em terapia de família e casal pela PUC de São Paulo, consultora em relações humanas. Atua em consultório com famílias e casais desde 1977, foi coordenadora da área de psicologia do SOS Ação Mulher e Família de 1987 a 2003.

PEDIRAM O meu depoimento, que eu falasse sobre a minha experiência como profissional que trabalhou com mulheres e família em situação de violência por 16 anos. E fiquei pensando o que eu ia selecionar, porque em 16 anos temos tanta história! Mas eu resolvi contribuir com este espaço de conversação e debate trazendo um pouco de algumas descobertas e reformulações que eu fui fazendo ao longo desse caminho.

A nossa realidade é que nós não tínhamos uma metodologia para trabalhar com a violência de gênero na década de 1980, nós fomos construindo essa metodologia. Então, precisamos ir descobrindo e

reformulando muitas coisas. E eu fico feliz, hoje, ouvindo o pessoal da manhã, por ver quanto nós avançamos e quanto as políticas públicas estão bastante atentas para essa questão, que ainda tem um longo caminho a percorrer.

Dessas descobertas, que eu chamo de descobertas e reformulações, mudou muito a minha compreensão da problemática da violência de gênero e também as intervenções para esse fenômeno. Do ponto de vista da compreensão, eu acho que nunca é demais pontuar que a grande raiz da violência de gênero, e da violência de forma geral, reside ainda na influência dessa nossa cultura patriarcal.

E eu escolhi o Humberto Maturana, que é biólogo e que eu admiro muito, que traz uma frase que retrata bastante o que nos leva a relações tão violentas. Ele diz: "Nossa cultura patriarcal, centrada na dominação e submissão, nas hierarquias, nas desconfianças e no controle, na luta e na competição é uma cultura geradora de violência porque vive o espaço relacional e inconsciente de negação do outro". Hoje pela manhã nós vimos isso. Como a gestante e a parturiente são negligenciadas! A existência delas é muito secundária no ambiente médico, muitas vezes. O que é mais importante é o que eu sei e o que é mais conveniente e mais interessante para mim.

Então, eu acho que esse é o nosso primeiro grande desafio: Como quebrar essa cultura tão arraigada e hierarquizada de um poder que nega o outro, e parece que toda vez que falamos de violência isso fica evidente, sentir o que o outro pensa, o que o outro precisa, não importa.

Outra coisa que ficou muito clara para mim nessa experiência é que a violência de gênero raramente está sozinha. Assim como a violência doméstica raramente está sozinha. Em geral, estão associadas a outras violações de direito. E isso aumenta muito a complexidade da nossa intervenção. E desde o tempo em que eu me aposentei, há 10 anos que eu não estou no SOS Ação Mulher e Família, eu percebo quanto aumentou a complexidade, porque hoje encontramos a violação de direitos em larga escala. Além de aumentar a complexidade, é lógico que isso dificulta o nosso prognóstico. Quando temos várias

expressões de violência juntas é muito mais difícil conseguir evoluir em uma relação como essa, romper esse ciclo.

Do ponto de vista das alternativas de intervenção, eu aprendi que não há como você olhar só para aquele caso, para aquela mulher, para aquela família ou para aquele casal. Nós temos de considerar todo o contexto em que a violência está inserida. Temos de intervir em todas as expressões de violência.

Hoje não podemos ser especialistas em um problema. Nós temos de ser multiespecialistas. Temos de enfrentar esse desafio da complexidade e buscar alternativas que ultrapassem as fronteiras do micro, do espaço familiar, e que alcancem o macro, o social e o político, que eu acho que é isso que nós estamos fazendo aqui neste Fórum.

Eu gosto muito do psiquiatra italiano Carmine Saccu, dessa frase que é muito simples, mas eu acho que retrata muito bem a importância do olhar sistêmico e o que é olhar e intervir sistemicamente em uma problemática. O Carmine diz: "Se um pião colorido está rodando, só vejo o branco. Porém, se coloco óculos para ver melhor, e nesses óculos a complexidade está incluída, vejo que o branco é a soma de todas as cores, e que cada vez que eu quiser ver uma cor, tenho de parar de rodar o pião, e o branco se vai, aparecendo o vermelho, o verde, o amarelo e o azul".

Eu pensava hoje de manhã, ouvindo e conhecendo melhor essa área da violência obstétrica, sobre o que é a violência contra a mulher. Nós podemos representar pelo branco, pela soma de todas as cores, e aí vamos vendo as várias expressões, a violência doméstica, a violência urbana, a violência obstétrica, e nós, a cada hora, temos de olhar de um certo ângulo para isso, mas sem desconsiderar o branco e sem desconsiderar o todo, e buscar uma intervenção que atinja tudo isso.

É muito importante que consideremos, então, como eu disse lá no começo, o contexto daquela usuária, daquela mulher, daquele casal. Eu nunca posso olhar o indivíduo sem considerar a família em que ele está inserido, qual é a cultura familiar, quais são os padrões relacionais e qual é a forma que essa família tem de resolver conflitos. Como também não posso desconsiderar a sociedade em que ela está inserida

e qual é a cultura dessa sociedade, o que ela vive nas relações sociais, nas relações comunitárias, na relação com o equipamento comunitário, com o serviço de saúde, com o serviço de assistência.

E também não posso me esquecer de ligar sua história atual com a sua história transgeracional. E uma das grandes dificuldades que temos no atendimento a mulheres em situação de violência é esta, quando você investiga uma história atual e percebe que na história transgeracional, nesse eixo vertical, existem situações de violência que estão se repetindo na história atual. Você pode se preparar para um trabalho muito mais árduo e de difícil prognóstico porque nós vamos tendo a repetição de um padrão que já está muito arraigado e estabelecido na família.

Se pegarmos um caso pontual de violência na história atual em que um dos protagonistas não tem uma história de violência, como testemunha ou como vítima, é muito mais fácil essa pessoa procurar ajuda e interromper esse ciclo, mas se isso já faz parte dos padrões relacionais, acho que descontruir isso é muito mais complexo.

Nós temos de ter esse olhar sistêmico, em que consideramos que a família mantém a sociedade e é mantida por ela, influencia a sociedade e é influenciada por ela, assim como o comportamento de cada membro da família é interdependente do comportamento dos outros participantes. Ninguém gosta de apanhar e ninguém quer ser vítima, mas para haver um agente de violência tem de haver alguém que se submeta à violência. Nós nos submetemos à violência por toda uma construção de identidade, de submissão, de dependência, de fragilidade. Quando eu falo dependência é muito mais a dependência emocional do que a dependência financeira e material.

E a violência contra a mulher também acontece nesse processo recursivo, em que ela é, ao mesmo tempo, causa e efeito de outras violações de direito. Então, a violência que acontece dentro de casa reverbera lá fora, e a violência lá de fora reverbera dentro de casa.

Esse é o nosso grande desafio. Temos de cuidar de todas essas expressões de violência e de todos esses contextos ao mesmo tempo. Eu escolhi aqui um caso que eu acho que retrata bem essa complexi-

dade, essa multiplicidade. Eu gostei também desse título "Múltiplos Olhares". Eu acho que são múltiplos olhares, múltiplos problemas, temos de olhar os problemas de lugares diferentes, de formas diferentes e integrar todas essas realidades.

Então, eu trago mais uma Maria aqui, por que será? Acho que esse caso mostra bem a complexidade e a importância de trabalharmos em rede, para tratar as dificuldades que enfrentamos e o desgaste que isso representa também para os profissionais. Hoje, a Branca Paperetti estava falando sobre isso nesta manhã, do *turnover* dos profissionais dessa área, porque é uma área bastante desgastante. E é por isso que falei de "busca" e "esperança", porque se perdermos a esperança, perdemos a dedicação ao trabalho.

Então, vamos à história. A Maria é uma mulher de 24 anos que viveu por 9 anos com o José. E ela foi atendida por um ano e nesse ano ela estava separada dele. Separou-se a partir do atendimento.

Não é uma história muito diferente das que eu acho que vocês conhecem. A Maria nasceu e viveu no sertão de Pernambuco. Desde pequena ela sofria maus-tratos e negligência por parte dos pais. Aos 13 anos ela conheceu José, um rapaz 10 anos mais velho que ela, que saiu de casa muito cedo para quê? Para fugir das agressões e do alcoolismo do pai. Eles se apaixonam imediatamente e constroem um sonho. Vamos constituir uma família diferente das nossas famílias de origem? Vamos constituir uma família feliz?

Depois de 15 dias de namoro, eles fogem para a capital do Estado e vão tentar construir a família feliz deles. Aos 15 anos, a Maria dá à luz o primeiro dos quatro filhos, que ela teve com intervalo de dois anos entre cada um. E isso ocorreu em um período de grandes dificuldades do casal para conseguir sobreviver — lógico que o José não conseguia um emprego formal, fazia bico e isso não dava para eles sobreviverem.

E foi em meio a essas situações adversas que o casal começou a brigar muito. E a Maria começou a apanhar. Oito anos depois, eles decidiram que tinham de tentar a vida em outro lugar. E vieram para Campinas, para o Estado de São Paulo. Mas aqui a vida ficou até

mais difícil. O José começou a beber muito, ele só conseguia trabalho informal como segurança, como bico, e ele mexia com drogas. E a violência passou a ser cada vez mais frequente, chegando a provocar sérias lesões na Maria.

As crianças também crescem muito agitadas. Eles têm filhos entre 9 e 3 anos: 9, 7, 5 e 3 anos. Crescem agitadas, com muitos problemas de saúde, com muitos problemas respiratórios, que são problemas diretamente ligados à questão da agressividade, da violência. E o filho maior passou a ser muito agressivo e, apesar de gostar muito do pai, ele investia contra o pai quando este batia na mãe. E aí acabava também apanhando.

Com 23 anos, então, a Maria procura o SOS Ação Mulher e Família, muito abalada, muito machucada, dizendo que foi expulsa de casa pelo marido com os quatro filhos. E que ele prometeu matá-la se ela voltasse.

Bem, o atendimento a esse caso é assim: dá-se início a um complexo processo de buscas e soluções na recuperação da situação. Sem contar que normalmente esse tipo de caso mais difícil, com uma pessoa que está desabrigada e tal, sempre chega no fim do período da sexta-feira e temos de contar com os outros equipamentos comunitários, garantir que ela seja atendida para que ela tenha um fim de semana seguro.

Vejam a complexidade do atendimento. O primeiro encaminhamento foi à Delegacia de Defesa da Mulher — na época o abrigo só podia receber as mulheres referenciadas pela Delegacia da Mulher —, onde ela precisou fazer também o exame de corpo de delito, por causa das lesões, e foi encaminhada ao Instituto Médico Legal para depois ser encaminhada ao abrigo de proteção com suas crianças.

Essa mulher e as crianças tiveram de ser encaminhadas ao serviço de saúde, ela porque estava muito machucada e também muito abalada psicologicamente e incluindo, então, atenção de saúde física e mental para todo mundo, porque as crianças também estavam muito doentes e muito debilitadas. Então, esses foram os primeiros encaminhamentos.

Então, é a hora em que nós compomos a rede. O SOS encaminha para a delegacia. Da delegacia ela é encaminhada para o IML e para o abrigo. A Vara de Infância entra na rede também porque essa mulher não tinha documentos, nem os dois últimos filhos eram registrados. E também porque, depois que a mulher saiu do abrigo de proteção a mulheres para poder se reorganizar, essas crianças precisaram ficar temporariamente no abrigo de crianças. E entra também o serviço de saúde.

Então, essa é a rede que se compõe. E às vezes a rede é até mais ampla do que isso. Eu acho que aqui há um grande cuidado que nós temos de tomar. Hoje, a Wânia Pasinato estava dizendo: "Nós não temos exatamente uma rede, nós temos uma multiplicidade de serviços".

Mas o trabalho em rede também exige de nós uma mudança de cultura e de paradigmas, porque corremos um grande risco de reproduzir nas relações da rede os mesmos padrões relacionais das famílias em situação de violência.

Corremos um grande risco de negar o outro, de negar o papel do outro, a importância do papel do outro, o caminho de intervenção que o outro escolhe. Então, eu acho que essa é uma das principais dificuldades. Hoje nós já caminhamos bastante, nós temos as reuniões intersetoriais, tudo caminha para trabalharmos em rede, mas eu acho que a maior dificuldade ainda é essa coisa hierarquizada, essa relação de poder, essa coisa competitiva de, se o outro pensa diferente de mim, dificilmente vamos conseguir chegar a um consenso, vamos torcer para não dar certo a intervenção do outro para provar que estava errada.

Infelizmente, ainda é assim. Eu digo porque tenho trabalhado com o pessoal da rede e eu percebo quanto é difícil criticar, questionar a intervenção do outro, questionar se o outro está exercendo o seu papel ou não.

O segundo passo é acionar a rede de apoio social e familiar dessa cliente. Bem, basta dizer que não se contava com apoio nenhum. Nem com as famílias de origem. Temos receio de contar com o apoio dessas famílias de origem, que já tinham um padrão relacional violento. E, além disso, estavam muito longe e a Maria era impedida pelo

marido de conversar com o vizinho, de sair de casa. Então, ela não tinha absolutamente nenhuma rede.

Agora, imaginem essa menina que saiu de casa aos 13 anos, lá do sertão do Nordeste, trancada dentro de uma casa em Campinas com quatro filhos. Imaginem quanto ela se sentia fragilizada. Imaginem resgatar sua cidadania. Tirar a carteira de identidade da Maria, carteira de trabalho para que ela pudesse iniciar a sua vida profissional, o registro de nascimento dos dois últimos filhos. Providenciar atendimento psicológico para ela e para as crianças. A orientação e o procedimento jurídico para legalizar a separação.

Bem, há o outro lado. As dificuldades. Há o apoio do serviço social, pois a Maria precisava se profissionalizar para poder arrumar um emprego, precisava de um lugar para morar e precisava de creche para as crianças. Simples assim.

Mas aí há o lado do José. O José não queria se separar da Maria porque ela era propriedade dele. Então, ele ameaçou a instituição, ameaçou os advogados. Ele ia lá para nos pressionar, para saber onde era esse abrigo. Tivemos toda essa dificuldade.

Ele não queria pagar pensão, tinha um emprego informal e sabemos a dificuldade que é receber pensão se a pessoa só tem um emprego informal. A insegurança da Maria para tomar as rédeas da própria vida: ela morria de medo. As dificuldades de conseguir moradia, colocação profissional e vaga para as crianças.

Nosso desafio é desconstruir esses valores e essas verdades tradicionais. Considerar a violência como um fenômeno único, ultrapassar as fronteiras do microssistema, do familiar. Que a sociedade se aproprie da responsabilidade dessa violência como um todo. Intervir nas políticas públicas e nos equipamentos sociais.

Qual é a nossa esperança? É que as soluções para a violência familiar e social residam no mesmo endereço. Elas só serão alcançadas juntas. As consequências da violência reverberam cada vez mais sobre o social e atingem cada um de nós, obrigando-nos a entrar em contato com uma realidade que há muito tempo negamos. Só quando a violência chega pertinho de nós é que sentimos que temos de fazer alguma coisa.

A EXPERIÊNCIA DA COMUNIDADE MENINO CHORÃO

MARIA DO CARMO PEREIRA SOUSA (CARMEN) – Líder da comunidade Menino Chorão, no Jardim Colúmbia, em Campinas (SP).

EU SOU da liderança da comunidade Menino Chorão, Associação de Mulheres Projeto Menino Chorão, que fica no Jardim Colúmbia. Lá a gente viu tanta violência, eu sofri todo tipo de violência que vocês possam imaginar. Não aqui, em Fortaleza. Eu já nasci no sofrimento. Eu fui rejeitada pelo meu pai porque nasci mulher. Três anos depois, eu fui rejeitada pela minha mãe. Por quê? Por minha causa o meu pai abandonou minha mãe. Vivi todo tipo de sofrimento que vocês possam imaginar e de violência. Só nunca apanhei da polícia e nunca sofri violência no parto, os meus partos todos foram normais.

Mas sofri bastante. Cheguei aqui em Campinas, fui vítima do tráfico de mulheres. Fui acolhida pelo SOS Ação Mulher e Família. E superei. Hoje eu estou aqui por causa da minha superação; quando me recuperei e comecei a ver outras mulheres sofrendo, comecei a ter vontade de ajudar essas mulheres e comecei a procurar uma maneira como eu podia ajudar.

Eu não sou ninguém, eu não sou autoridade nenhuma, mas, pela minha experiência de sofrimento, eu tentei e deu certo. E aí apliquei minha experiência na minha comunidade, eu me uni às mulheres, chamei todas e fiz um convite a elas para a gente determinar uma lei lá dentro: que o homem que batesse na mulher ia ser punido. E assim deu certo.

No começo foi bem difícil. Bastante difícil. Sofremos ameaças. Homem veio na nossa porta xingar, chamando a gente de "prostitutas", tudo que você imaginar de palavrão a gente enfrentou. Mas nós não abaixamos a cabeça, fomos à luta e os homens finalmente viram que nós não estávamos de brincadeira, que era sério, o negócio era sério, nós não estávamos brincando, porque nós já temos o sofrimen-

to grande lá dentro, a gente vive com problema sério na Justiça pela terra, porque a gente luta pela moradia — é que nossa comunidade no Jardim Colúmbia, perto de Viracopos, é uma invasão. A gente luta contra a Infraero, e a gente ainda vai sofrer violência doméstica? A gente via as mulheres espancadas, não falavam nada, diziam: "foi no armário", "foi na pia", "foi na porta". E via as mulheres gritando, e aí a gente se uniu e começou. Quando uma der um grito, apanhar, ela grita e a gente corre lá. E, então, começou. O primeiro que a gente pegou deu o maior bochicho na região. A gente bateu mesmo. Batemos para valer!

E aí eles viram que a gente não estava mesmo brincando. E uns homens serviram de exemplo para os outros. E a gente aplicou mais uma lei: aquele que ficasse a favor daquele que foi punido, a esposa ia punir ele pelo sexo. Ele ia ficar sem sexo durante o tempo que ela determinasse. E aí negócio melhorou, porque eles ficaram com medo. Porque eu botei na cabeça delas: "Gente, o marido ficar com a mulher à força é estupro. A polícia não pode ajudar a gente, então a gente mesmo faz nossa lei. Nós vamos fazer isso e vai dar certo". E aí começou e pronto.

As mulheres começaram a fazer greve de sexo. Aí a gente procurou o único bar da comunidade e falou com a dona do bar pra ela ajudar. Não deixar beber no bar dela, não ter direito a jogar bola, não ter direito a nada da comunidade durante 15 dias. E greve de sexo entre ele e a mulher. Se ela determinar três meses sem sexo, ele tem de ficar três meses sem sexo. E acabou-se. A palavra é a dela e pronto. E se ele beber e sair para beber em outro bar fora da nossa comunidade, ele não entra na comunidade. Ele é punido não só pelas mulheres, como também pelos homens. Porque os outros têm de dar o exemplo. Todos eles. Então, tem de ser todo mundo unido.

E aí, hoje, os maridos, ninguém quer ser "disciplinado". Ninguém quer entrar em "disciplina". Eles não gostam nem de falar. Aqueles que já entraram em "disciplina" não gostam de comentar. Você pergunta e eles fogem do assunto. Mas já foi. Muitos deles já entraram. Aqueles que não aceitaram foram embora com a família. Já foram

embora uns 15 casais já. Mas a mulher concordou em ir embora com ele, então ela vai sofrer lá fora com ele, na nossa comunidade a gente não aceita mulher sofrer violência doméstica com o marido.

Nós não somos saco de pancada. Nós somos mulher. Nós precisamos ser tratadas como uma joia rara, porque é a gente que dá à luz, que toma conta da família, que dá carinho, que dá apoio. Então nós temos que ser respeitadas, a gente tem que ficar pelo menos sem apanhar. Além de a gente fazer tudo isso, ainda tem que "entrar no pau"? Então, quem tem que entrar no pau é eles, não é a gente.

Aí todo movimento é dentro da nossa comunidade. Nossos eventos são lá, a gente não sai para fora para nada, a não ser quando tem alguma festa em algum lugar em que todo mundo se une, e aí a gente faz uma vaquinha para arranjar um carro para levar todo mundo, vai todo mundo. Todo mundo sabe da vida de todo mundo. É uma comunidade pequena, só tem 200 famílias, mas mulher tem mais de 200.

Essa regra é só dentro da nossa comunidade, mas as outras comunidades já estão pedindo o nosso apoio, os vizinhos. Só que a gente não pode, porque lá é uma liderança e nós somos outra, a gente não quer entrar na liderança dos outros. Mas, mesmo assim, a gente ainda procura alguém que possa ajudar aquela mulher que está sofrendo com o marido, para que não fique na mão. A gente tem até um corinho: "Mulheres que sofrem, sofrem de angústia e de dor. Lhe ajudaremos, sim. Vitória lhe dará. Não vamos olhar sem proteger; o amor é mais forte, faz viver." [*sic*] A gente canta para as mulheres quando vêm pedir a nossa ajuda, porque elas sofrem muito. A gente vê ainda muita mulher sofrendo e aí a gente tem de tratar com amor, porque eu sofri muito, gente, eu perdi um filho de uma pisa que eu levei, dois gêmeos de cinco meses. E aí eu sofri demais do marido. Eu tinha um marido que me trancava dentro de casa e ia para o forró. E eu sofri demais de homem. Até hoje eu tenho medo de casar, de envolvimento sério, de tanto que eu sofri. E aí eu sei, mais do que ninguém, o que é apanhar, o que é levar chute, o que é apanhar na cara, que eu apanhava na cara sem saber por que eu estava apanhando.

Ajudar aquelas mulheres que levaram uma pancada, que levaram um empurrão, me faz sentir bem. Eu não posso fazer nada, mas eu estou ajudando, porque eu não tinha ninguém para me ajudar. Nunca ninguém me protegeu, nunca ninguém me ajudou. Eu vivi a vida inteira, eu passei 13 anos com o marido só no sofrimento. Minha família nunca me apoiava. Porque praticamente eu não posso dizer que tive família. Minha mãe me abandonou, minha avó ficou comigo, a única pessoa da minha família que eu sei que me amou de verdade foi meu avô, mas o resto não tinha amor por mim.

Aí, quando eu cresci, que eu comecei a ter entendimento, eu abandonei tudo. Eu determinei: eu não tenho família. Porque quando eu precisava deles, nunca me ajudavam. E aí eu fiquei na minha, me isolei e pronto. Ninguém me ajudava mesmo. Hoje eu tento ajudar as mulheres e as crianças, porque como criança eu sofri muito, eu passei fome. Quando eu fui atrás da minha mãe, ela me pegou, mas botou para eu pedir esmola para ela. E aí me queimava de cigarro quando eu chegava e não tinha dinheiro, que ela queria beber, queria fumar.

Aos 12 anos de idade eu fui morar na rua, fui menina de rua. Passei um tempo na rua e aí sofri demais. Eu sei o que é uma criança passar fome, uma criança levar uma pancada. O que é um sofrimento de uma criança e o que é o sofrimento de uma mulher. Por isso eu tento ajudar e, quando eu não posso ajudar, eu peço ajuda às demais pessoas que eu sei que podem ajudar, porque se a gente se unir, a gente muda o mundo. Basta a gente, mulheres, se unir, cada uma fazer um pouquinho para ajudar as nossas parceiras, porque às vezes a mulher tem vergonha de dizer que está apanhando, que apanhou, que sofreu. Muitas vezes, a pessoa quer saber, mas quer saber para fazer fofoca, bochicho, crítica, e aí nem toda vida a mulher tem coragem de falar. Então, nós, mulheres, temos que conhecer umas às outras. Ver o sofrimento das nossas amigas, das nossas companheiras, não precisa fazer bochicho uma com a outra, basta ver a situação. A mulher, quando está sofrendo, a gente vê nos olhos, a gente vê dentro da alma dela que ela está sofrendo. Isso a gente tenta. A gente tem

reunião todos os meses com as nossas mulheres lá no nosso bairro e a gente conversa muito.

A gente cuida da vida umas das outras não para fofocar e nem para criticar, a gente cuida mesmo, a gente cuida para que ela não venha sofrer uma agressão física maior, que leve ela à morte ou alguma coisa pior. A gente teve casos na região que mataram ano passado duas mulheres em 30 dias. A gente até fez passeata com a Marcha das Mulheres. Pedimos ajuda da Lurdinha [Lourdes Simões, do comitê da Marcha das Mulheres em Campinas] pra dar uma reforçada na nossa comunidade porque a gente ficou com medo, foi tão perto da gente, foi na mesma rua que entra no nosso bairro, lá na frente, mas a gente ficou com medo. A gente não sabia por quê. Nunca foi descoberto. Simplesmente o cara chegou, matou e acabou-se.

E a gente reforçou, dali pra cá, mais ainda a nossa comunidade, "disciplinou" mais ainda os homens. E não é porque a gente tem essa "disciplina" que as mulheres abusam dos homens, não. A gente respeita o espaço deles também. Tudo que a gente vai fazer, a gente pede ajuda deles, o apoio deles, eles concordam. Se a gente vai fazer um evento, a gente pede a colaboração e eles ajudam. Eles não são excluídos. É tudo em união, para que não traga nenhum problema, para que eles não achem que estão sendo excluídos ou que só eles são punidos.

A gente trata a gente bem para que eles tratem a gente bem também, nossos filhos e nossas companheiras. Porque todos nós somos irmãos. A gente que está aqui na Terra, todos somos filhos de Deus, então nós temos de viver em união, porque a união traz a força. Essa união que a gente fez é tão forte que, se você for lá, você imagina assim: "Nossa, aqui é um paraíso", os companheiros que tem aqui e que já foram visitar, que conhecem a nossa comunidade, qualquer um que for lá vê a união. Todo mundo chega junto. Chegou uma visita, corre todo mundo: "Ah, tem visita na dona Carmen, vamos lá". Se uma mulher não pode vir, o marido: "Vai lá, vai lá, deixa que eu fico cuidando das crianças e vai lá visitar quem chegou". Se for para fazer um almoço pra alguém de fora, eles mesmos correm atrás de fa-

zer vaquinha para fazer aquele almoço especial para alguma visita que está chegando.

A união é muito forte. E mudou muito. Em menos de dois anos, a violência mudou tanto lá que está uma paz total. A gente dormia e acordava de madrugada com os gritos, as brigas, aquela baixaria. A gente não vê mais isso lá, acabou. O último caso que teve — já tinha mais de sete meses que não tinha bate-boca nenhum de mulher — foi um vizinho que ficou com a vizinha, e a esposa pegou, esperou ele chegar e os dois se pegaram e aí ele bateu nela. Foi há poucos dias. Isso não tem nem 15 dias.

E aí a gente foi lá, foi de dia, quando eu cheguei de noite a mulherada estava tudo me esperando. A gente foi lá, pegou ele, demos uma pisa nele. Ele está fora da comunidade. Só que ele já está ligando para ela para voltar. Mas aí é com ela, porque ela foi a traída, mas ele já foi punido. Ele apanhou de 10 mulheres porque ele bateu nela. Quando foi na hora dela descontar o que ele fez nela, aí ele se revoltou contra a gente tudinho e xingou. E nós todas batemos e depois ele falou que "favela comandada por mulher tinha que ser explodida", "todo mundo tinha que morrer". E aí os homens bateram nele. E aí ele apanhou das mulheres e apanhou dos homens. Mas ele pediu, porque se ele tivesse ficado quietinho, ele tinha apanhado só dela, porque ele bateu só nela. Mas ele foi longe demais. E aí ele pegou o dele. Ainda está fora da comunidade, mas porque ele foi atrevido demais. Ele foi muito atrevido.

Agora, para ele morar lá, ele vai andar que não pode nem pisar no chão. Tivemos um que foi embora porque teve uma doação de camisa, todo mundo recebeu camisa, só que um estava de "disciplina", tinha batido na mulher. Aí a camisa que era pra ele foi dada para a mulher dele, e aí ela que sabia se dava pra ele ou não. Ela: "Não, não vou dar. Ele vai ficar sem camisa". Tem uma feira perto, ele foi na feira e comprou a camisa do mesmo jeito. E aí quando ele chegou no campo com a camisa: "Quem te deu essa camisa?", e ele disse: "Ninguém, eu fui comprar. Eu comprei com o meu dinheiro. Eu posso". "Pode, não". Tiraram a camisa dele e vestiram no cachorro. Ele passou o jogo

todinho sem camisa e o cachorro vestido com a camisa. Nesse dia eu queria que alguém tivesse lá com a câmera para filmar ele do lado do cachorro e o cachorro vestido com a camisa dele. Os homens tiraram a camisa dele e vestiram no cachorro.

Os homens mesmos punem, mas é porque eles não querem ser punidos. E eles mesmos vigiam, porque eles sabem que o negócio é sério. Daí o que acontecer ali ele não pode pegar mulher de fora porque a mulher dele vai saber e ele vai perder a mulher. E aí ele tem de ficar quietinho, tem de obedecer.

No começo a gente dizia que tinha "domesticado" os homens; eles pediram pra gente não falar mais isso. Era pra gente falar que "disciplinou", porque "domesticou" era muito pesado. Eles fizeram uma votação, porque era muito pesado chamar os homens de "domesticados". E a gente mudou. Eles pediram e a gente respeitou. Eles não são mais "domesticados", eles são "disciplinados".

DEBATE – DEPOIMENTOS

MEDIAÇÃO – Sabrina Helena Ferigato, do Fórum da Humanização do Parto e Nascimento

SABRINA FERIGATO – Carmen, obrigada por nos presentear com esse exemplo de resiliência, de superação, de potência da ação coletiva, pois, muitas vezes, o Estado não cumpre sua função e aí a própria comunidade encontra estratégias de governança e cogestão. Agora, então, vamos abrir para o debate.

MICHELE – Meu nome é Michele, eu sou estudante do sétimo semestre de serviço social.

Quero dizer que eu estou muito contente por participar deste fórum. Eu acho que talvez não saiamos daqui com respostas prontas

porque, em uma situação de violência múltipla das mulheres que sofrem isso hoje, não conseguimos dar uma resposta, mas sim pensar em como romper com tudo isso, porque a mudança é demorada mesmo. Mas que bom que a história muda!

E adorei a fala da Carmen também. A sua face estava brilhando tanto, com o brinco, que eu falei: "Nossa, que pessoa iluminada!". Ficar ouvindo você falar, estava bonito de ver. E você falou uma coisa bacana que eu estava pensando porque nós refletimos na questão do empoderamento das mulheres para elas se reconhecerem inseridas nesse processo de violência e discutir com suas colegas, com as vizinhas, terem forças, falar é importante, e perder esse medo.

Mas também é pensar em tratar essa questão da violência, mas a questão do homem. A Carmen falou uma coisa muito bacana, a não exclusão dos homens, porque é da raiz, do foco, de cuidar e acolher esses homens também, que precisam ser tratados. É uma situação em que hoje falamos mais do acesso para as mulheres, da acolhida para as mulheres, mas esses agressores também precisam se reconhecer dentro desse processo para conseguir romper esse ciclo de violência. É isso que eu queria falar.

MAGALI MENDES – Meu nome é Magali, sou promotora legal popular e funcionária da Preac (Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários) da Unicamp.

Eu acho que existem algumas coisas: quando falamos de violência contra a mulher parece que só a mulher pobre apanha, sofre violência. E eu acho que é interessante também refletir sobre a violência que está em todas as classes sociais, mulheres de todas as cores, mulheres de todos os tamanhos e de todos os pesos.

A violência está colocada para as mulheres. Nós, Promotoras Legais Populares, conhecemos mulheres pobres, como nós, que apanham, mas conhecemos mulheres de outras classes sociais também. Conhecemos delegadas que apanharam do marido.

Então, é interessante refletir sobre isso para não relacionar pobreza à violência. E em particular à violência contra a mulher. Ela

existe. Qual é a diferença? A diferença é que nós, mulheres pobres, precisamos mais dos serviços públicos do que as mulheres de outras classes sociais.

Então, as nossas soluções são sempre o posto de saúde, a Delegacia da Mulher, utilização de senha, porque na delegacia aqui de Campinas temos de passar pela senha, o que é vergonhoso para nós. Mas, enfim, nós necessitamos mais dos serviços públicos do que as mulheres de outras classes sociais.

Eu acho que nós temos de pensar em como trabalhamos isso. Não podemos colocar a violência relacionada à pobreza, precisamos entender que a violência passa por todas as classes sociais. E ao mesmo tempo buscar alternativas para mulheres de todas as classes sociais.

Eu queria que a mesa falasse um pouco sobre isso. E com relação aos homens, eu acho que uma das reclamações, não digo reclamações, mas um dos motivos que fazem com que as mulheres pobres não façam muitas vezes o boletim de ocorrência e não busquem a aplicação da Lei Maria da Penha, muitas vezes, está no fato de que nós que moramos em comunidades sofremos a violência policial o tempo todo. Então, isso significa levar a polícia mais uma vez para a nossa comunidade.

É preciso refletir sobre essas coisas para buscar alternativas que de fato solucionem essas questões. Mas eu acho que o principal, para nós, é não juntar de forma até cruel a violência e a pobreza.

SAMUEL – Eu sou Samuel, sou líder ativista, acompanho a Carmen já há um tempo. E a experiência que temos de ir lá na comunidade, e em outras comunidades em Campinas também, vemos que cada vez mais as mulheres estão se empoderando.

No dia 8 de março acompanhamos a Marcha Mundial das Mulheres. E de todos os eventos que temos coberto, temos visto que as mulheres organizadas têm um poder muito grande. O empoderamento das ferramentas, o empoderamento de todo esse aparato público, as mulheres organizadas são muito mais organizadas do que os homens. Os homens têm ficado cada vez mais, principalmente os

homens de esquerda, no método sindical, enquanto as mulheres vão à luta mesmo, as mulheres têm ido à luta.

Tenho acompanhado muito a comunidade onde a Carmen mora, e neste lugar eu até gostaria de apresentar a Carmen e apresentar a comunidade dela. A comunidade onde a Carmen mora é o Jardim Colúmbia, no Campo Belo, e ela está sendo ameaçada de despejo.

Eu só quero completar um pouco o relato da Carmen, porque ela não falou: há algum tempo, a Infraero tem tentado despejar aquelas pessoas de lá. No começo do ano, recebemos uma ligação da Carmen para irmos lá porque eles estavam para ir derrubar todas as casas.

Quando chegamos àquele lugar, vimos o desespero daquelas mulheres, daquelas mães, daquelas mulheres que estão se empoderando da luta e vendo que os órgãos públicos estão querendo tirar algo de mais precioso delas, que é a casa. Aquele bairro é um local em que você vê que é uma resistência de luta da mulher, é uma resistência de luta pela moradia. As mulheres ali têm consciência do que é a luta, do que é a luta pela terra. E nesta minha fala, quero também parabenizar o SOS Mulher, por onde a Carmen passou; nós acompanhamos os relatos dela e vimos que ela viu, se empoderou da luta de outras mulheres, de como multiplicar essas lutas, de como levar cada vez mais essas lutas através de mídia, através de outros fatos.

E alertar a todos aqui que olhem para aquela região em que a Carmen mora. Demos risada, é uma experiência muito bacana. A experiência delas lá de luta é muito bacana, mas eles estão para ser despejados pela Infraero. Estão para ser derrubadas as casas. Todos aqui já acompanharam o Pinheirinho [comunidade de São José dos Campos]. A luta deles é semelhante ao Pinheirinho. E o governo, o Estado, não quer saber se são mulheres, se são homens, se são mães. Até a Carmen depois pode dar o número, várias crianças nasceram nesses últimos dias e todo dia eles têm ameaça de despejo.

E a Prefeitura de Campinas tem virado as costas para essas mulheres. Por isso a Carmen, ela e outras mulheres se empoderaram da luta e elas fazem a luta. O governo e o Estado não têm dado esse aparato. Há várias pessoas aqui que estudam ciências sociais, sobre

como esses grupos podem ajudar essas comunidades a não sofrerem tanta violência assim, e essa violência do Estado.

Só gostaria que vocês fizessem um pouco essa reflexão.

MARIA DAS GRAÇAS – Meu nome é Maria das Graças, eu venho do Grupo de Mulheres na Periferia de Campinas. É um grupo bem antigo da organização e estou no Conselho de Direitos da Mulher de Campinas e na coordenação dessa mesma entidade.

Eu quero parabenizar a Carmen quando ela lembra a questão da união das mulheres. Nós devemos nos unir, porque, muitas vezes, nós estamos aqui, mas não estamos unidas. Nós temos de fortalecer a fala da Carmen, que é nos unir, não importa a cor da pele nem a situação de classe, como a Magali falou, porque todas nós sofremos.

E uma das coisas que eu queria lembrar do sofrimento é que só falamos, e muitas vezes temos sentimentos, sobre a violência física, mas a violência psicológica é terrível, porque nós não percebemos. Estamos sofrendo algumas coisas que são violência psicológica e não percebemos.

Então, comecem a pensar também nessa questão da violência psicológica de todas as mulheres, sem distinção.

SABRINA FERIGATO – Então, vou passar a palavra para a Isaura. Eu vou pedir para cada um dialogar com cada um que foi trazido pela plenária e também, se quiserem, já podem fazer suas considerações finais.

ISAURA MOREIRA – Primeiramente, eu acho que foi muito feliz este encontro, porque eu acho que são casos como o da Carmen que alimentam a nossa esperança e nos fazem persistir nessa luta.

A Carmen se transformou de uma protagonista das relações de violência, de uma vítima de violência, em uma agente de mudança social. E como é bonito ver isso! Que força de vida é essa que a ajudou a superar toda essa história de violência e reverter essa situação?

Eu acho que foi a Magali que pediu para comentarmos a questão da violência que se expressa nas diferentes classes sociais. Em

momento algum eu pensei em dar essa impressão de que a violência só acontece com quem não tem recurso financeiro, com as classes sociais menos favorecidas.

A realidade é que as mulheres de classe média, de classe alta, também são vítimas de violência, também precisam do serviço de atendimento, precisam da Delegacia da Mulher e muitas vezes precisam do SOS Ação Mulher, do Ceam [Centro Especializado de Atendimento à Mulher] e de outros serviços especializados, primeiro porque, mesmo tendo uma classe social mais favorecida, elas não têm autonomia para gastar o próprio dinheiro. E assim, nós temos histórias de mulheres bastante diferenciadas que recorreram aos nossos serviços. E eu digo que as mulheres de classe mais privilegiada têm mais dificuldade de se separar porque, além da dependência afetiva, emocional, às vezes não é nem a dependência financeira, mas é um apego a um patrimônio que a mantém junto do seu companheiro.

Eu acho que as classes menos favorecidas não têm esse apego. Não é o dinheiro do outro, não é a situação financeira do outro que as mantém. Eu acho que é mais uma dependência afetiva, é esse papel social da mulher casada, enfim. Em momento nenhum pensamos que isso não acontece nas classes mais favorecidas financeiramente. Isso acontece, sim. Às vezes, essas mulheres têm mais dificuldade de denunciar, elas têm mais vergonha e elas sofrem de uma forma muito mais solitária. Elas não têm essa comunidade da Carmen para ajudar.

Acho importante destacar o poder que tem a organização, como no Grupo de Mulheres, como ela fortalece o movimento, como naquela comunidade a Carmen conseguiu ressignificar a violência. Porque nós vamos partindo para uma coisa, a Arlete Fernandes estava falando aqui, nós vamos banalizando tanto a violência que as vítimas até chegam e dizem: "Ah, estou muito bem!". Mais uma que foi estuprada, mais uma que foi violentada.

E na hora que na comunidade elas começam a fazer algo, a ter algumas reações, mesmo que sejam reações um pouco truculentas, eu acho que isso vai dando outro sentido para a violência. Aquela comunidade passa a entender que a violência é um crime e que não é acei-

tável. E vejam como o trabalho da comunidade vai se multiplicando. A comunidade vizinha já vem pedir ajuda. Eu acho que isso vai transformando a forma de pensar e de lidar com aquela situação. Muitas vezes eu atendia agente de violência, também acho que os agentes da violência têm de responder pelo que fazem, mas eles também têm de ter a oportunidade de tratar aquela modalidade de relacionar, de entender e desconstruir, encontrar alternativas para resolver conflitos. Muitas vezes eu atendi homens: "Mas eu faço para o bem dela". Não é assim? "Eu faço por amor". Esse é o significado que tem o poder, a violência para eles.

MARIA DO CARMO SOUSA – Eu queria fazer um convite às mulheres que puderem para visitar a nossa comunidade. No domingo depois do Dia das Mães vai ser a inauguração da Casa Cultural da Mulher. A Oficina Cultural da Mulher. A barraquinha em que eu moro hoje vai ficar para a Oficina Cultural da Mulher. Eu vou passar para uma casinha de tijolo e aí a comunidade não quer que seja desmanchada a barraquinha, porque foi lá que começou toda a história, eu fui a primeira a invadir aquela comunidade.

A gente tem uma luta grande com a Infraero, eu acho que muitos sabem, já saiu em revista, já saiu no jornal. A Infraero ano passado derrubou casa em fevereiro, derrubou barraca, teve exposição de foto minha na praça, agora na Semana da Cultura Digital. A Infraero derrubando o barraco lá, eu bati fotos.

A gente sofre muita coisa assim com a Infraero, eles vivem lá pressionando a gente. A gente não pode ficar lá porque eles querem a terra, futuramente é a frente do aeroporto. Nós somos pobres, como o próprio chefão da Infraero falou pra mim, que infelizmente eu não pude gravar, ele falou que lá não era lugar para a gente, lá era lugar para apartamento de luxo no valor de R$ 1 milhão o aluguel. O que a gente estava fazendo lá? Isso foi antes daquela manifestação que a gente fez e que todos souberam, que eu saí na capa do jornal, desmaiada, que a gente fechou, a gente fez três manifestações. Na segunda, eu desmaiei com uma bomba que a polícia jogou em mim, e

eu saí em rede nacional, desmaiada. Eu me ajoelhei, a gente já estava parando a manifestação, e a polícia jogou bomba na gente e eu saí no jornal de joelho, pedindo paz, e saí no outro jornal já desmaiada com a bomba que eu levei deles.

Em seguida, passou [*sic*] 10 dias e a gente fez manifestação de novo e a gente conseguiu vários apoios, vários vereadores apoiaram a gente, muita gente, o comitê organizador ajudou a gente e eles deram uma parada. Ele veio lá na época falar para liberar a pista, o dito homem que falou pra mim que a gente era "lixo no caminho dele". Eu disse: "Eu vou ser uma pedra no seu sapato". Ele falou: "Você não tem capacidade pra isso". Quando a gente fechou tudo, conseguimos fechar toda a região do Campo Belo, aí ele veio pedir socorro, que liberassem a pista. Eu falei: "Você não falou que eu não tinha capacidade para ser uma pedra no seu sapato? Olha o tamanho da pedra que tá na sua frente". Daí pra cá eles deram uma amansada, eles iam todo dia, todo dia tinha uma viatura da Infraero com segurança privada lá ameaçando a gente, o homem entrava armado, de revólver, dois seguranças. E o pessoal da Infraero, teve uma vez que eu joguei pedra neles lá, meti pedra neles porque a mulher passou mal e aí eu fiquei nervosa. Falaram que eu ia ser presa, e eu digo: "Não estou me importando, não". Eu fiquei tão nervosa que a única defesa foi meter pedra neles. Tudo quanto era pedra que tinha no meio da rua eu joguei neles.

Eles foram embora, mas eles vieram, eles vêm sempre lá ameaçar a gente, que a terra não é nossa, que nós temos de sair, e a gente sabe que não é deles. A terra não é nossa, mas também não é deles. Então, por que nós temos de sair? Eles são ricos, nós somos pobres, temos de sair porque somos pobres? A gente não sai de lá, vamos dar um pouquinho de trabalho para sair de lá.

Então, eu peço o apoio dessas pessoas. Nós não estamos pedindo dinheiro, não. Nós somos pobres, mas não somos imorais, a gente trabalha para ter o que precisa. A gente quer só apoio das pessoas. A presença de qualquer pessoa que chegar lá, para nós, já é um grande presente, já é muita coisa, porque lá, até há pouco tempo, a gente estava sozinho. Até ir o pessoal da comunicação lá e ajudar a gente,

como o Samuel, a equipe da Nina, da Assembleia Popular do Povo ir para lá e ajudar a gente, como o vereador Pedro Tourinho, que também deu a maior força pra gente lá, o Paulo Mariante, que a gente entrou no desespero agora no final do ano, deram 15 dias para a gente sair. As mulheres arrancavam cabelo, gritavam. O Samuel que chegou a ir lá quando eu liguei pedindo socorro porque eu não sabia o que fazer com tanta mulher desesperada, a gente só tinha 15 dias para sair da terra, sem a terra ser deles. A terra não é do aeroporto. Então, a gente continua, mesmo com essa luta tão grande, com esse problema tão sério, a gente faz evento, a gente faz festa pra animar, para o povo não ficar abatido.

E uma visita que vai pra lá, alguém que vai de fora, que vai nos apoiar, para nós, é uma grande vitória, a gente recebe com honras. Por quê? Porque só vem gente pra dizer que nós temos de sair. Então, alguém que chega lá: "Ô, colega, você vai ficar, vamos dar uma força. A gente está aqui", já é uma grande coisa. Já é uma grande vitória chegar alguém para nos apoiar.

E aí vai ter a Casa Cultural da Mulher, a Oficina Cultural da Mulher vai ser inaugurada. Aí já tem uma turma de gente boa que vai ajudar a mulherada. A Casa Cultural não vai servir só para a nossa comunidade, mas também para todas as mulheres que quiserem se profissionalizar. Vamos fazer cursos profissionalizantes, as mulheres que souberem fazer artesanato, que as mulheres possam fazer em casa para ganhar seu próprio dinheiro, a gente está precisando disso. É desse tipo de ajuda que a gente está precisando, porque uma hora que você tirar para fazer uma palestra com as mulheres não vai ser bom só para a gente, mas até para você mesmo se distrair e conhecer uma nova comunidade.

Lá no outro lado da cidade, ela existe. É uma comunidade carente, mas a gente tem muito amor para dar e oferecer para todos que vierem nos visitar. Eu peço a visita de vocês.

PARTE IV

AÇÕES TRANSFORMADORAS

PROJETO DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO: "SOMOS A PARTE DO SUS QUE DÁ CERTO!"

MELANIA MARIA RAMOS DE AMORIM – Possui graduação em medicina pela Universidade Federal da Paraíba, residência médica em ginecologia e obstetrícia e mestrado em saúde materno-infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) e doutorado em tocoginecologia pela Unicamp. Pós-doutorado na Unicamp e na Organização Mundial de Saúde (OMS), em Genebra. Especialista em ginecologia e obstetrícia. É professora adjunta doutora da Universidade Federal de Campina Grande (UFPB) e professora da pós-graduação do Imip, em Recife.

EU SOU nascida e criada em Campina Grande (PB) e fiz faculdade lá. Terminei medicina em 1989, mas, por um tempo, a minha trajetória profissional seguiu em Recife, no Imip, onde eu fiz residência médica, onde eu fiz mestrado e depois eu vim aqui para Campinas, fiz o meu doutorado na Unicamp. Então, de certa forma, eu também sou cria da casa.

E deu-se que um dia abriu concurso para professor na Universidade Federal de Campina Grande para medicina e por vários motivos eu resolvi voltar à minha terra depois de mais de 13 anos vivendo em Recife.

E eu nunca me desvinculei completamente de Recife. Eu continuo indo lá às segundas e terças, continuo ensinando na pós-graduação e trabalhando em UTI. Mas eu cheguei em Campina Grande e tive um choque terrível. Porque eu já estava trabalhando dentro de outro modelo. Já vinha com outras convicções e, basicamente, duas coisas me chocaram: o tipo de atendimento, a falta de atendimento que tinham as mulheres vítimas de violência sexual de Campina Grande; e a completa ausência de humanização da assistência ao parto, tanto na rede privada como na pública.

Eu me lembro perfeitamente quando fui visitar a maternidade, eu me deparei com uma mulher naquela posição de frango assado, com uma menina que tinha sido minha colega de residência fazendo uma episiotomia, eu já não fazia mais episiotomia. Eu nunca faço episiotomia hoje em dia. Estou há 12 anos sem fazer uma episiotomia.

E aquela cena daquela mulher me chocou muito. A história do que temos feito em termos de atendimento à vítima de violência sexual vai por outro caminho, que eu não vou abordar hoje. Para vocês terem uma ideia, até hoje eu sou a única médica voluntária que vai realizar as interrupções previstas em lei porque os colegas alegam objeção de consciência. Então, é um trabalho que eu faço também voluntariamente, mas eu não o vejo em nenhum momento desvinculado da minha luta como feminista pela humanização do parto e nascimento. Nós valorizamos a autonomia, priorizando o bem-estar biopsicossocial e espiritual da mulher em todos os momentos.

Cheguei a ter de comprar o AMIU [dispositivo utilizado em casos de aborto para aspiração manual intrauterina] com meus próprios recursos porque a maternidade agora é que vai receber os kits via Rede Cegonha. Mas em relação a isso, a esses dois panoramas, eu comecei a ter ideias, depois que eu saí do estado de choque. Eu comecei a ter ideias e a primeira coisa que eu fiz foi ver que ninguém sabia o que era a medicina baseada em evidências em Campina Grande.

Então, eu introduzi no curso de medicina uma aula sobre medicina baseada em evidências. Eu instituí na disciplina de obstetrícia duas aulas: Humanização de Assistência ao Parto e Assistência ao Parto Baseada em Evidências. E na disciplina de ginecologia, a aula Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual. Só que nada mudava. Aí eu resolvi voluntariamente passar uma tarde por semana com os alunos na maternidade para ver se eu conseguia fazer algo diferente.

E aí era eu chegando por uma porta e os plantonistas indo embora pela outra. Porque eles achavam já que eu estava ali para tomar conta de todo um pré-parto imenso. Inclusive havia dias em que eu ficava fazendo as cesáreas necessárias porque eles se ausentavam completamente. E aí eu desisti.

Resolvi fazer uns cursos de humanização. Eu fiz o primeiro simpósio de humanização da assistência ao parto de Campina Grande, eu fiz o segundo simpósio de assistência ao parto de Campina Grande. Dava minhas aulas e diziam: "Isso é utopia. Isso aqui nunca vai dar certo". Até que me ocorreu fazer as coisas de forma diferente.

Eu consegui captar uma equipe de voluntários, constituídos por — hoje nós temos residentes, mas na época não havia — estudantes de medicina, estudantes de enfermagem, fisioterapeutas e estudantes de fisioterapia, estudantes de psicologia e psicólogas. Fizemos um projeto de extensão da universidade. Hoje são mais de 400 partos assistidos pelo projeto. E a minha intenção, no início, não era somente prestar assistência àquelas mulheres. Sim, essas mulheres que nós atendemos foram beneficiadas com o projeto. Elas tiveram direito a uma assistência como toda a assistência deveria ser. Uma assistência humanizada, baseada em evidências, respeitando-se a autonomia e o protagonismo da mulher.

Porém, mais que isso, eu queria sensibilizar os profissionais de maternidade, para que vissem o modelo sendo colocado em prática, e ainda formar profissionais sob esse novo paradigma. Nós tivemos de fazer um vídeo curto para apresentar como parte do concurso Humaniza SUS. Nós tínhamos vários plantonistas que aderiram à causa, e a taxa de episiotomia vem caindo drasticamente. Nós conta-

mos agora com recursos da Rede Cegonha para melhorar a infraestrutura, pois até então nada existia.

E, enfim, eu acho que nós conseguimos concretizar, na prática, algo que deveria ser direito de toda usuária do SUS, mas que infelizmente não era. Para algumas ainda não é. Mas nós vemos, com certeza, que foram muitas pessoas que se sensibilizaram e passaram a adotar essa prática.

O OLHAR DA GESTÃO DO CUIDADO

ROSSE MAHÓ LLAVERIA LAFULLA – Graduada em medicina pela Unicamp, especializada em administração hospitalar pela Faculdade São Camilo, em gestão de saúde pela Fundação Getúlio Vargas, e em ética em pesquisa pela Unesco. É avaliadora para acreditação hospitalar pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Atualmente é clínica médica em UBS de Paulínia e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp.

EU ESTOU aqui representando o Nepp – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp. Fomos chamados para falar um pouco sobre como nós temos pensado, como temos trabalhado na questão de encontrar estratégias para conseguir, de alguma forma, melhorar o SUS.

Eu estou vendo aqui que o ambiente está extremamente emotivo, e com razão. E eu venho trazer aqui uma questão técnica. Então, eu vou quebrar um pouquinho o clima, infelizmente. Mas é minha tarefa. Então, vamos lá.

Na verdade, lá no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, mais especificamente na área de saúde, vimos já há algum tempo trabalhando nessa gestão do cuidado, que é nada mais nada menos do que a organização, otimização e a qualificação dos processos de trabalho

em saúde, o que chamamos de cuidado, a partir de certo parâmetro conceitual, para garantir tanto a valorização e o desenvolvimento do profissional quanto a otimização dos recursos disponíveis — que são poucos e acabam rápido, e às vezes são até mal utilizados — e o atendimento das expectativas do usuário. E com isso, tentar de alguma forma criar um impacto positivo na vida dos indivíduos e na sociedade como um todo.

Então, tem sido a nossa meta o tempo todo, o nosso trabalho, diferentes projetos. Como eu disse, uma coisa mais técnica, mais operacional, conseguir colocar todas essas emoções, na verdade, todos os conceitos que discutimos, conseguir achar fórmulas de fazer com que eles sejam, de fato, operacionalizados, que de fato aconteçam.

Eu estou no SUS há 20 anos, ou mais, e a nossa grande decepção, muitas vezes, é ver que nós discutimos, discutimos coisas muito bonitas, muito pertinentes e tal, mas na hora do "vamos ver", na hora de colocar aquilo em prática, nós nos perdemos. As coisas não têm continuidade, os projetos ficam engavetados, começam bem e não terminam, não são avaliados.

O nosso trabalho, na verdade, é esse.

Então, basicamente, o que nós temos? É o SUS, e que por uma série de razões intrínsecas ao SUS e também razões que vêm de fora do SUS, que vêm de fora do sistema, mas que também impactam o funcionamento do SUS, na verdade, hoje, o que nós temos é um SUS extremamente fragmentado. Pedaços de SUS. Pedaços de projetos, pedaços de ações que funcionam bem aqui, ali, pontualmente, mas que frequentemente não se juntam. As ações não têm continuidade.

Para lidar com essa fragmentação toda, o que temos considerado é que é preciso pensar em estratégias específicas, pensando nessa fragmentação. E no que temos trabalhado? Na questão sistêmica, na questão do sistema como um todo, nós temos trabalhado na estruturação das redes de atenção.

Em outra dimensão, em outro nível, nós consideramos também que devem ser trabalhados os serviços, a melhoria dos processos de trabalho e a incorporação de instrumentos que favoreçam a integração.

A terceira dimensão seriam as práticas profissionais. Então, na verdade, o que nós estamos falando é de um grande *zoom*. Começamos no todo, no sistema como um todo e vamos dando um *zoom* e trabalhando passo a passo nas dimensões, em cada fatia desse *zoom*, para conseguirmos chegar ao nosso dia a dia, à ação do dia a dia, àquilo que realmente vai mudar a realidade.

E eu acrescento aqui uma quarta dimensão, na verdade, que é o usuário, o que eu acho que está bem claro. Nós vemos que também historicamente no SUS, eu faço clínica até hoje, percebemos que o usuário, o nosso paciente, muitas e muitas vezes, e por muito tempo, tem sido considerado paciente mesmo, um receptor. Ele está ali para receber uma receita, receber uma orientação e acabou. Ele não tem um papel definido em tudo isso, ele não é um protagonista de tudo isso. Eu acrescento sempre nessas três dimensões a questão do usuário, o protagonismo dele na elaboração do seu plano de cuidado, e o estímulo ao autocuidado, aquilo que ele vai fazer em casa, aquilo que não podemos fazer por ele e pelo que temos responsabilidade. Não podemos fazer por ele, mas podemos ajudá-lo a se orientar, a acompanhar.

Essa quarta dimensão eu acho que cada vez está ganhando mais força, cada vez está sendo mais discutida e é fundamental. Principalmente agora que lidamos com muitas doenças crônicas. São doenças, são agravos em que, se não houver a participação do paciente, do usuário, nós não vamos para lugar nenhum.

Para falar em rede, na prática, o que é a rede? Grosseiramente, a rede é, na saúde, um conjunto de serviços de atenção básica, as Unidades Básicas de Saúde que se relacionam com um conjunto de serviços da atenção especializada, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, sejam eles de média ou de alta complexidade, e todos eles recebendo o apoio de uma série de serviços, de outros serviços, que de alguma forma cruzam todos os nossos serviços de saúde, que é o sistema logístico e de apoio. Regulação, transporte, informação, comunicação, apoio diagnóstico e assistência farmacêutica.

Tudo isso, obviamente, controlado, tudo isso organizado por um sistema de gestão. Quando vemos o gráfico a seguir, eu falo: "Bom,

mas isso já existe há um tempão na rede, no SUS. Qual é a novidade?". Bem, a novidade — e a dificuldade também — é que neste mesmo desenho que já conhecemos e que de certa forma já existe, nós temos de colocar, nós temos de trabalhar, uma série de conceitos novos e organizar esse serviço, este desenho que nós estamos vendo a partir desses conceitos. Alguns deles fundamentais, que são vários, mas o que eu coloco aqui é a questão da integração, ou seja, que os serviços conversem um com o outro, coisa que parece óbvia, mas definitivamente não é; são serviços que funcionam isoladamente, de modo geral. Então, a integração entre os serviços, a questão da continuidade, ou seja, a garantia da assistência a um paciente.

Normalmente, o que acontece? Ele está na unidade básica, ele recebe um papelzinho para ser encaminhado para alguma especialidade e ele para, porque não consegue aquele atendimento, acaba desistindo; enfim, a continuidade é uma responsabilidade nossa. Não é só dar o papelzinho, é garantir que realmente ele chegue a outra instância e que receba atendimento coerente com o nosso, porque se cada um fizer uma coisa diferente, sem conexão, também não vai dar resultados.

A questão da integralidade, que já foi falada neste evento também. E agora integralidade em dois aspectos. Integralidade em relação à

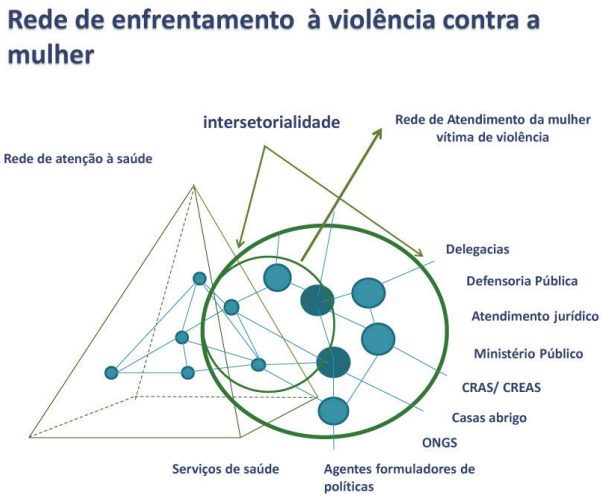
atenção, quando falamos que temos de trabalhar desde a promoção até a reabilitação e cuidados paliativos — hoje em dia estamos colocando "dificuldades paliativas". Então, pensar em ações de promoção, de prevenção, de tratamento e de reabilitação com a mesma força, com a mesma intensidade. Muitas vezes as coisas ficam limitadas ao tratamento, esta é a conduta da receita, e se esquecem das ações de promoção e prevenção, que são tão importantes para lidar com um cenário epidemiológico como o nosso de hoje.

A questão de equidade, de acessibilidade, que eu acho que é bobagem até falar, porque são princípios do SUS. A interdisciplinaridade: há a atuação da equipe multiprofissional, que também, embora, teoricamente, seja uma coisa bastante evidente, obviamente também dá bons resultados. Na prática, tem sido muito difícil de implementar, a não ser em pequenos pontos do sistema em que eventualmente, até às vezes por características das pessoas mesmo, elas conseguem trabalhar juntas, conseguem agregar conhecimentos e isso, na prática, tem sido ainda muito incipiente. A questão do respeito ao outro, do respeito ao conhecimento do outro.

Outros pontos seriam a eficácia clínica e econômica, a participação ativa do usuário e a lógica epidemiológica. Lógica epidemiológica é o seguinte: se nós vamos trabalhar em uma rede, temos de decidir primeiro quais são os agravos mais prevalentes, em cima de que agravos ou em que situações nós vamos trabalhar, de modo que possamos atingir o maior número de pessoas.

Na rede, então, nós trabalhávamos, antigamente, em uma visão unidimensional, em que o nível primário encaminha para o secundário, que encaminha para o terciário, o paciente vai caminhando para o sistema, se der certo de ele chegar ao próximo nível, muito bem; senão, ele se perdeu.

No sistema de rede, do jeito que pensamos agora, nós estamos pensando em uma visão tridimensional, em que não existe um caminho predeterminado e burocrático. As linhas entre os serviços, na verdade, vão ser de acordo com cada caso, com cada necessidade e com cada situação.



Então, essa visão tridimensional faz uma diferença muito grande, inclusive na questão de que um paciente pode e deve, muitas vezes, ser acompanhado por dois níveis ao mesmo tempo. Por exemplo, um diabético acompanhado na Unidade Básica e por um endocrinologista. Mas, então, tem de ser trabalhado em mais de um nível.

Nós não trabalhamos com violência doméstica, violência contra mulher, mas, em termos de rede, o que eu entendi da violência doméstica é que basicamente é uma esfera tridimensional em que há um conjunto de serviços — como delegacias, defensorias etc. — que trabalha e tem de trabalhar de forma integrada. Essa ação integrada significa ter fluxos de encaminhamento, fluxos de referenciamentos definidos, ter protocolos em comum, ter uma coerência na ação. Dentro desse conjunto de serviços, alguns deles estão voltados mais especificamente para assistência, que seria a rede de atendimento da mulher vítima da violência.

E temos de considerar essa questão da flexibilidade dessa rede, há necessidade de enxergarmos essa flexibilidade para garantir um atendimento mais adequado para os casos com suas especificidades.

Alguns desses serviços, por exemplo, que fazem parte do atendimento à mulher, fazem parte também de outra rede, da rede de aten-

ção à saúde, em que existem outros serviços que não estão ligados diretamente à questão da mulher, neste caso, mas que também têm de estar integrados.

Então, vemos a complexidade quando falamos em trabalhar em rede; o trabalho em rede é uma questão extremamente complexa e que exige um cuidado muito grande.

Eu estou frisando também a questão da intersetorialidade, porque cada um desses serviços, na verdade, faz parte de outro conjunto de serviços. Na delegacia, por exemplo, há outras preocupações, outros temas com que ela tem de lidar também. Na verdade, é uma rede que está ligada a outras redes e que tem de ser vista dessa forma para conseguirmos caminhar.

Então, há o primeiro nível sistêmico, que é a rede; o segundo, que eu falei antes, serviços e práticas profissionais. O que temos aqui, na verdade, é a ideia de passar de ações que são parciais e isoladas hoje, que às vezes se contrapõem, às vezes se sobrepõem, e caminhar com essas ações, agrupando, dando coerência entre elas, até chegar a um conjunto de ações encadeadas e que tenham objetivo definido. E isso nós chamamos de linha de cuidado.

Então, é um conjunto de ações coordenadas, de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, desenvolvidas pelo sistema de saúde e pelo próprio usuário (autocuidado), que são inter-relacionadas, interativas, com um objetivo comum, e baseadas em protocolos clínicos. Ou seja, temos de garantir a acurácia técnica disso.

Quando falamos em linha de cuidado, temos de trabalhar com os mesmos conceitos que eu falei antes na rede, a integração, a integralidade, a participação ativa do usuário. Enfim, todos aqueles conceitos que devem fazer parte da rede.

Só que aí nós estamos trazendo alguns mecanismos que são a prática disso; então, integralidade é um conceito. Agora, como se faz na prática para que isso vá acontecendo? Eu trago aqui um conjunto de mecanismos de gestão que temos utilizado para isso.

Entre esses instrumentos estão: o prontuário transdisciplinar, não mais prontuário médico, mas um prontuário do paciente de cuja ela-

boração todos os profissionais participam; relatórios de referência; projeto terapêutico individualizado e multiprofissional; matriciamento; educação e serviço; protocolos de modo geral, inclusive de encaminhamento; sistemas de vigilância; sistemas de informação clínica; supervisão clínica; e monitoramento.

Essas são tecnologias em gestão de cuidado que podem modificar a prática. Falando resumidamente da nossa linha de cuidado, nós temos trabalhado, eu particularmente estou trabalhando há quatro anos com linha de cuidado de diabetes, de hipertensão e de várias outras doenças. A primeira delas foi a gestante, que por sinal está sendo usada na Secretaria do Estado. E basicamente, eu estou falando a nossa, porque existem outras linhas de cuidado, construídas em outros lugares; Minas Gerais tem a sua linha de cuidado — essa é uma palavra muito usada atualmente.

Mas a nossa é constituída de três documentos. Um é o manual clínico, no qual se prioriza o embasamento teórico e científico; uma planilha-síntese, em que se prioriza a descrição dos processos de trabalho e os recursos necessários. E o terceiro é um fluxograma, em que priorizamos o itinerário do paciente. Para quê? Para ver se conseguimos preservar a continuidade.

Eu trago um exemplo de violência contra a mulher. Então, eu fiz um exercício, digamos assim, até solitário, mas que pode dar uma ideia do que nós temos trabalhado lá.

Uma maneira de montar a linha de cuidado, na verdade, seria pensarmos nas colunas, nessa planilha-síntese, colocar as ações, depois discriminar as atividades; discriminar depois quais os mecanismos de gestão do cuidado que podem garantir a implementação dessas atividades, os recursos necessários e a parcerias necessárias. Nessa questão da violência, eu acho que a intersetorialidade é essencial. Ela teria de estar aí.

E a maneira de organizar, de uma forma que conseguíssemos pensar e integrar todos os setores envolvidos, talvez fosse dividir em ações de combate e prevenção e aí abrir em cada área, como saúde, assistência social, delegacia etc. O que se pode fazer em relação a isso? Em

que cada setor, cada serviço, pode contribuir nessas ações de combate e prevenção?

E nas ações assistenciais, a mesma coisa. Então, à medida que determinamos por área as ações e atividades, depois vamos complementando e colocando tudo que é necessário para implementar aquilo no nosso dia a dia. Quanto ao fluxograma, no final ele mostrará o itinerário da mulher, por exemplo, aquilo que ela falou, deve ir ao serviço de saúde, depois à delegacia etc.

AÇÕES JUDICIAIS NO SETOR PRIVADO E JURISPRUDÊNCIA: CAMINHOS PARA UMA MULHER QUE SOFREU VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

PRISCILA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE CARVALHO – Advogada graduada pela USP, com atuação no setor corporativo, em direito tributário, até 2006. Tem formação como doula junto ao Grupo de Apoio à Maternidade Ativa (Gama), com experiência institucional e particular, capacitando-se em manejo do aleitamento materno pelo Amparo Maternal e Gama. É sócia-diretora do escritório Priscila Cavalcanti e Advogados Associados, que atua na área de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos direitos maternos. É associada fundadora da Artemis – organização pela erradicação da violência contra a mulher.

EU SOU advogada e quando eu digo que trabalho com violência obstétrica as pessoas me perguntam: "Mas isso é no SUS, né?". Como se não existisse violência obstétrica na saúde suplementar.

E é interessante porque a violência obstétrica é extremamente democrática, ela ataca em todas as frentes, para todas as possibilidades. Até um dos dados da pesquisa "Nascer no Brasil", cuja coordenadora é a professora Simone Diniz, que esteve aqui de manhã, diz que as

mulheres de classe média e brancas são as que mais sofrem episiotomia, por exemplo. Então, nós temos de olhar a violência obstétrica com outra visão, outro ponto de vista.

Vou falar rapidamente sobre a definição de violência contra a mulher. Em 1994 começou com a Convenção de Belém do Pará, em que houve uma definição do que seria a violência em relação à mulher.

E aí temos o termo "violência obstétrica", que até há muito pouco tempo era uma novidade absoluta no sistema judicial brasileiro e no sistema legal brasileiro. Ele começou a aparecer em Diadema (SP), que trouxe uma lei que contemplou o termo específico "violência obstétrica", na Lei nº 3363/2013. Depois, foi aprovada em 2013, em São Paulo, a Lei Municipal nº 15.894, que não fala tanto de violência obstétrica. Tem um pouco de viés sobre a decisão do médico sempre ser soberana, mas já é um avanço, e fala do parto humanizado. Existe também o projeto de lei estadual nº 738/2013, em São Paulo, que é quase idêntico a essa lei municipal.

Em Ribeirão Preto (SP), temos substitutivo ao projeto de lei que fala do Pacto Municipal para a Humanização da Assistência ao Parto. E, em Minas Gerais, está em discussão um projeto de lei também falando de humanização de parto.

Então, legalmente, sem desconsiderar a questão da Constituição, que fala do direito à privacidade, e os tratados internacionais, que falam do direito à integridade física, integridade corporal, privacidade, nós temos essas leis específicas falando hoje de humanização de parto e violência obstétrica no Brasil.

Eu trouxe aqui alguns relatos para destacar o que mais chega para mim. Esses relatos todos são de clientes minhas que estão ingressando ou já ingressaram com processos na Justiça para obter a reparação de violência obstétrica. Temos aqui, primeiro, um caso falando da Lei do Acompanhante. É interessante este caso, em que o pai correu para ver o filho nascendo, foi impedido de entrar e o mandaram esperar, que ele entraria na hora certa. E aí mostraram o bebê pelo vidro. Ou seja, não o deixaram entrar. Ele ficou muito aborrecido, chorou, jogou a pasta de exames no chão quando, finalmente, o deixaram entrar. E

aí o casal foi alvo de zombaria por parte da equipe, o pai foi chamado de "chorão", e houve até uma malcriação no prontuário, em que a enfermeira escreveu com letras bem grandes, dizendo "o casal não estava preparado para o nascimento no hospital". Foi como uma bronca: "Como ele se atreve a vir aqui sem estar preparado para o nascimento no hospital?". E com isso ela quis dizer que o pai não teria o direito de entrar na sala de parto.

E aí a Lei do Acompanhante, temos a lei específica, que é a nº 11.208, de 2005, que diz que acompanhante é aquela pessoa indicada pela parturiente. Ponto. Homem ou mulher.

Pós-parto imediato: às vezes as pessoas me perguntam o que é isso. É até 10 dias após o parto. Então, ela tem direito a acompanhante o tempo todo em que ficar internada no pós-parto.

Temos de destacar também que os hospitais falam muito: "Nós não temos onde colocar o acompanhante". Mas eles tiveram seis meses para se adequar à lei. Eu sei que isso, em termos de orçamento, é difícil, mas é preciso se virar. É lei, temos de respeitar. É preciso se adaptar à lei. É lei.

Há também a Resolução nº 36/2008, da Anvisa, que também fala da Lei do Acompanhante. E uma lei recente, nº 12.895, de 2013, que diz que os hospitais do SUS precisam afixar o aviso de que a mulher tem esse direito, porque muitas vezes ela ouviu falar ou ela nem ouviu falar e não sabe que tem esse direito. Quando me ligam dizendo: "O que eu faço? Não estão deixando o acompanhante entrar", ou o próprio acompanhante liga, eu digo: "Chame a polícia". Para garantir que o acompanhante entre até a hora do parto, o que se pode fazer é protocolar uma notificação no hospital de que vai haver um acompanhante e, com o silêncio ou a negativa, pode-se entrar com uma ação, tentar conseguir uma liminar, o que já vimos em mandados de segurança. No Espírito Santo, há uma advogada fazendo isso para garantir a entrada do acompanhante. Mas, se não deixarem na hora, ou você chama a polícia ou não faz nada e depois procura a reparação na Justiça.

Há uma jurisprudência, e a Lei do Acompanhante tem várias. Não é uma só que dá ganho de causa à pessoa, à mulher e ao marido.

Temos a notícia de que o Ministério Público Federal entrou com uma ação civil pública em vários hospitais em Belém do Pará para apurar a falta do acompanhante.

Há outros relatos aqui: no primeiro caso, o médico entrou no pós-parto no quarto da mulher. Houve uma fratura no crânio do bebê por uso de fórceps. Comprovada por tomografia, ele entrou trazendo uma parte de um artigo científico dizendo que era muito comum fratura de crânio de bebê em partos. E pediu para a mulher não falar muito sobre isso, porque disse que os pediatras pegam muito no pé. Isso podia "dar confusão".

Temos um caso de São Paulo em que o bebê teve sequelas. Outro é de um hospital-escola em que a mulher foi exposta e foi feita a episiotomia sem consentimento. Uma sentença que tivemos em um dos casos, o primeiro em São Paulo: juntamos o laudo do fisioterapeuta atestando as condições em que ficou o períneo da mulher depois da episiotomia e a juíza disse que laudo de fisioterapeuta não pode contestar a conduta médica. Então, a minha prova não valia e não ficou comprovado o dano moral. Eu tenho isso em sentença. Então, o que percebemos também é que falta informação para o Judiciário entender o que é parto, não tem a menor ideia.

Invocamos os dispositivos legais, então, a Lei nº 12.401/2011, que fala da obrigatoriedade de considerar as melhores evidências para então intervir. Código de Ética Médica, Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor, Código Civil e vários outros dispositivos é o que nós invocamos nesses processos.

Então, os dispositivos legais que invocamos nas cesarianas desnecessárias estão sendo todos citados, e mais, os Artigos nº 138 e 139, do Código Civil (atos jurídicos anuláveis, por erro substancial), falando que eu concordo com a cesariana, mas, se eu sou enganada, levada a concordar com aquela cesariana, esse ato jurídico da minha concordância é anulável, porque ele foi fundado em erro.

Essa é uma das teses que estamos usando hoje para os processos. Nós não temos julgamentos ainda, estão todos sendo marcados mais para frente. E no decorrer do ano nós vamos ter esses outros julga-

mentos de cesárea. Mencionamos o Código Penal também, o Artigo nº 132, sobre crime de "perigo para a vida ou saúde de outrem".

Há outra estratégia que estamos usando também além de recorrermos a psicólogas atestando o estresse pós-traumático decorrente de eventos danosos no parto. Há pouco tempo, conseguimos uma ginecologista obstétrica parceira que não atende, ela é da gestão, e está fazendo perícia de prontuários para ver se aquele transcorrer do trabalho de parto resultaria naquela intervenção, cesariana, episiotomia, o que for. Ela faz um laudo disso. E quando é o caso, como quando tivemos cesariana por osso de bacia torto, ela faz a perícia na mulher. E ela lauda isso, assina e se dispõe a depor. Ela vai depor agora em um caso que vamos ter em breve, uma audiência de instrução e julgamento. Isso é fundamental para que eu possa colocar no mesmo nível. É obstetra impugnando conduta de obstetra. E aí quem sabe isso comprova o dano moral?

Outro caso é o de violência médica contra a mulher, é o caso do exame de ultrassom de mama, que a mulher queria fazer com uma médica mulher. Começou com a médica mulher e o diretor do serviço arrancou a médica e disse: "Eu sou o diretor, eu vou fazer". E foi fazer o ultrassom de mama da mulher, desrespeitando o desejo dela. Não é obstétrica exatamente, mas é violência.

Em relação ao plano de parto, é interessante, ele pode ser protocolado no hospital, mas não tem força vinculante. Se o hospital não respeitar, não respeitou. Então, pode ser objeto de uma notificação para obter uma resposta do hospital e aí, com uma resposta negativa ou silêncio, pode-se entrar com uma ação para obter uma liminar para que sejam seguidos os ditames do plano de parto, o que, diante da desinformação dos juízes, eu acho bastante difícil.

A liminar tem força de ordem judicial. Essa lei municipal de São Paulo recepciona o plano de parto como algo que, se o médico concordar, vai ser colocado no parto.

Então, ação judicial, o que estamos fazendo? Pedindo danos morais e danos estéticos, quando é o caso. Procuramos ingressar no Juizado Especial Cível porque é livre de custos, é gratuito na primeira instân-

cia; podemos pedir inversão do ônus da prova alegando que o autor não tem condições de provar aquilo porque se trata de questão técnica; então, quem tem de provar que era necessário é o médico. Agora, a desvantagem é que a apreciação por parte do Juizado Especial é muito superficial, eles não vão à profundidade do caso; se precisar de perícia durante o processo, é mais complicado e o juiz tende a não dar ganho de causa. Na Justiça comum a desvantagem é que você entrou, tem de pagar custas e, se perdeu, você paga a sucumbência.[1]

Há mais relatos de violência moral, psicológica e física que dependem de testemunha. As pessoas me contam as maiores barbaridades e me dói muito, porque eu não tenho como colocar isso no processo sem testemunhas que digam exatamente o que aconteceu. E quem são as testemunhas? Quando entra doula, o marido não serve, porque o marido é só informante do juízo. E as enfermeiras que trabalham no hospital ou outros médicos, outros profissionais, não vão depor contra o serviço.

Então, nós temos uma dificuldade muito grande com a violência moral, psicológica e física. E aí eu sempre pergunto: "Isso está no prontuário?". Eu sempre peço o prontuário. E há uma tendência de se não estiver escrito "não aconteceu".

Eu vou concluir com uma sugestão: pensem numa movimentação para padronizar o preenchimento dos prontuários. Porque eu, como advogada, fiquei horrorizada de ver que não entendo nada. Cada um é preenchido de um jeito. Não existe padronização para letra, informação, nada. É uma bagunça. Então, talvez fosse interessante haver um movimento para padronizar prontuário, de modo que possamos extrair informações mais precisas, que não fique aquela bagunça que só o médico entende.

---

1 A partir de 2015, essas ações não estão sendo mais apresentadas ao Juizado Especial Cível, uma vez que os juízes entendem que, mesmo a perícia sendo meramente documental, a ação precisa transcorrer na Justiça comum.

SOSAMF: AÇÕES MULTIFACETADAS DE UM MODELO DE INTERVENÇÃO PANORÂMICA

LUCÉLIA BRAGHINI – Doutoura em saúde mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e mestre pela Faculdade de Educação da Unicamp. É psicóloga do SOS Ação Mulher e Família.

EU VOU falar um pouco sobre a nossa experiência no SOS Ação Mulher e Família, que é uma experiência de atendimento a usuárias que sofrem violência doméstica.

Para demonstrar essa experiência, eu vou contar uma breve historinha. Na verdade, escrevi essa história a partir de muitas histórias que eu ouvi ao longo de vários anos desse atendimento. Em seguida, eu vou introduzir uma abordagem teórica para falar, então, das nossas ações transformadoras.

Essa história é parecida com outras histórias de usuárias que já foram relatadas aqui. O nome é comum, a Isaura Moreira já usou o nome "Maria". O título dessa história é "O poder de Maria: uma história real".

Por que real? Porque ela foi construída em cima de inúmeros depoimentos que acabam sendo muito semelhantes. E você até sabe qual é o próximo passo da história. Por isso eu me senti muito à vontade para escrever esta história.

Era uma vez uma mulher sem poder. O seu nome era Maria. Maria era casada com João, tinha três filhos, mas não era feliz. Volta e meia João batia nela ou falava aquelas coisas que nem é bom repetir aqui, que machucavam muito o coração de Maria. Nem ela mesma sabia explicar direito por que ele fazia aquilo. Às vezes era porque eles começavam a discutir e ele ficava nervoso, outras vezes, era porque tinha "tomado umas". E outras ele já chegava em casa com quatro pedras na mão, e outras vezes, ainda, nem disso precisava.

Parecia que ele estava descarregando nela sua raiva e sua tristeza pelas dificuldades que ele, João, tinha encontrado na vida. Baixo salá-

rio, o patrão de cara amarrada, as surras que ele próprio levou do pai. A vida dura que ele próprio também sempre levou.

Maria sentia muita raiva de João quando ele a maltratava, mas não reagia, pois pensava consigo: "Ruim com ele, pior sem ele". Maria achava sua vida muito sem-graça. E muitas vezes se perguntava para onde tinha ido seu querer, pois parecia muito conformada com tudo aquilo.

Quando era mocinha, ela havia sonhado com uma vida mais alegre, com tudo que tinha direito, uma vida confortável, cheia de amor e carinho, pois a vida na casa de seus pais não era mole, não. Sobretudo, Maria queria ter um companheiro com quem pudesse compartilhar e dividir as alegrias e agruras da vida, e que ela, de fato, pudesse se sentir amada, querida e respeitada. É o sonho de todas nós, mulheres. Todas nós temos uma Maria dentro de nós.

Porém, quando se casou com João, já viu logo que havia entrado em um "barco furado", pois foi logo "comendo o pão que o diabo amassou". O romantismo cedeu lugar para a rotina estafante, o dinheiro era curto, o amor... Maria, então, se perguntava aonde tinha ido parar aquele namorado carinhoso e atencioso que conhecera.

Naquela hora João só funcionava nas "rapidinhas", enquanto ela cumpria sua obrigação de mulher. E ficava a olhar para o teto. Isso quando não a obrigava a fazer sexo com ele, literalmente. Sua vida era uma eterna roda-viva que não tinha fim. Levantar cedo, aprontar as crianças para a escola, suportar o mau humor do João e aprontar-se ela própria para o trabalho. Quando chegava à noitinha estava tudo por fazer, mas João parecia não dar valor.

Desde o começo, mesmo antes da chegada dos filhos, o João foi estúpido e grosseiro. Ademais, logo na primeira semana do casamento, ele começou com o costume de passar no bar, depois que saía do trabalho, e quando chegava em casa já vinha cheirando álcool e falando aquelas coisas que só de ouvir doíam mais que pancada. Isso foi falado aqui algumas vezes. O João sempre fez questão de deixar claro que ele era o "galo do terreiro" e que não aceitaria jamais ninguém que tentasse "cantar de galo" na sua casa.

Maria foi se acostumando a ficar "embaixo da asa" de João e aos poucos foi percebendo que não precisava se dar ao trabalho de pensar, pois ele pensava por ela.

Então, ela foi se sentindo cada vez mais insegura para agir e tomar suas próprias decisões. Mesmo nas coisas mais simples, como comprar um vestido novo ou sair para dar um passeio. Maria, aos poucos, foi deixando de existir. O João havia se tornado seu dono e sempre interferia e queria saber de tudo.

Maria esqueceu que havia aprendido a dizer não. Ela só falava sim para o João, pois tinha medo de sua reação, caso dissesse não.

Maria nunca se esqueceu da mancha roxa que ele deixou em seu rosto uma vez que ela tentou dizer o que pensava; assim, com o tempo, foi começando a pensar que não era mesmo capaz de caminhar sozinha, de dar seus próprios passos na vida. Afinal, como iria sustentar os filhos com o baixo salário que recebia? Além disso, em sua família, ninguém se separou, como iria assumir isso diante de todos?

E que outro homem poderia enxergá-la, tão desgrenhada que estava? Maria sentia vergonha e tristeza em olhar para sua própria imagem no espelho. Então, achava que sua única saída seria continuar esperando e acreditando na mudança do João. Muitas mulheres passam a vida esperando a mudança do companheiro. Todas as noites, quando ia dormir, após ele virar para o outro lado, pensava consigo: "Quem sabe amanhã ele muda".

Como podem ver, a vida de Maria era amarga e cinzenta. Nós aqui presentes podemos nos perguntar: É possível dar um novo final para a história de Maria? Que final você daria? Como você a ajudaria a sair dessa?

Então, eu costumo contar essa historinha em um trabalho que nós fazemos com as mulheres chamado Grupo de Empoderamento. Então, eu uso essas perguntas como perguntas disparadoras. Só que aqui nós vamos seguir outro roteiro.

Eu vou apresentar para vocês o perfil da mulher que sofre violência. Violência doméstica, violência de gênero. Porque acaba se tornando um perfil. Por quê? Porque é muito comum. Ambivalência,

fragilidade e impotência, confusão mental, baixa autoestima, hostilidade, dependência emocional, descompensação emocional ou distúrbios psiquiátricos, sujeição ou domínio do parceiro, que está junto da anulação de insegurança e do desemparo adquirido.

Desamparo adquirido é uma síndrome que a mulher desenvolve a partir da falta de controle sobre a situação.

Então, eu acho importante essa definição de violência. Há muitas definições de violência, no entanto essa reproduz a noção de desenvolvimento. Violência em relação a desenvolvimento. Violência pode ser definida de várias formas, mas existe sempre uma linha de base comum a todo ato de violência, ou seja, ações ou omissões que podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos.

Ocorre em relações interpessoais assimétricas e hierárquicas, nas quais há desigualdade ou subordinação: aquele que violenta o outro toma decisões sobre a vida dele, assim como fazia João com a Maria, sem avaliar as necessidades básicas e os desejos que o outro possa ter, levando em conta unicamente as suas próprias necessidades.

Bem, eu vou falar rapidamente algumas questões, já foram ditas muitas coisas aqui.

A violência de gênero intrafamiliar já é de consenso que é um grave problema social e de saúde pública. No Brasil, 70% dos crimes contra a mulher acontecem dentro de casa, e o agressor é o próprio marido ou companheiro.

Eva Blay, no livro "Assassinato de Mulheres e Direitos Humanos", que é muito importante e é relativamente recente, de 2008, fala sobre a questão de assassinato de mulheres no Brasil, particularmente no Estado de São Paulo. Ela coloca que, na realidade, a violência contra a mulher tem aumentado, apesar de todos os esforços em sentido contrário e apesar das mudanças, no final do século XX e início do século XXI — a globalização, os avanços da tecnologia, as conquistas do feminismo e os estudos acadêmicos na área. Há muitos estudos sendo feitos na área de violência contra a mulher.

Esse dado, apesar de não ser recente, é muito importante. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) contabilizou, em 1997,

que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres têm como causa a violência.

A mesma fonte aponta que filhos de mães que sofrem violência intrafamiliar têm três vezes mais chance de adoecer. E 63% dessas crianças repetem, pelo menos, um ano na escola. Abandonam os estudos, em média, aos nove anos de idade.

Nas economias de mercado, segundo o Banco Mundial, a violência intrafamiliar representa quase um ano perdido, um ano de vida perdido, saudável, a cada cinco mulheres de 15 a 44 anos. E ocupa um peso similar à tuberculose, ao HIV, aos diversos tipos de cânceres e às enfermidades cardiovasculares. Portanto, a violência doméstica deve ser encarada como um grave problema social e de saúde pública.

Algumas hipóteses explicativas, do ponto de vista do modelo médico e psicológico para o fenômeno. Aspectos psicopatológicos do agressor: alcoolismo, uso de drogas, dizer que a violência é provocada pela vítima; aspectos do ponto de vista do modelo sociológico: classe social, estresse socioeconômico, distribuição irregular do poder dentro da sociedade e da família, violência institucional e política ou patriarcado.

São todas respostas parciais à pergunta. O modelo ecológico do desenvolvimento humano é um modelo importante porque, assim como disse muito bem a Isaura Moreira, ele fala dos aspectos de contexto e da interação do ser humano com os diferentes níveis de contexto e o que pode desencadear a violência.

A pessoa tem uma dimensão psicodinâmica, uma dimensão de conduta, uma dimensão de relacionamento e uma dimensão cognitiva.

O foco da nossa palestra é a ação de transformação. Então, na dimensão cognitiva a ação de transformação seria a desconstrução de estereótipos culturais e a reconstrução da identidade masculina e feminina com base na liberdade de escolha individual.

Do ponto de vista da dimensão de conduta, a ação de transformação seria a recuperação do controle da situação através do agir, a execução de novas alternativas de ação que interrompam a repetição do ciclo da violência. No caso da dimensão psicodinâmica, a ação de transformação seria a tomada de consciência de que os sentimentos

de Maria são seus maiores verdugos, particularmente o medo e a culpa. Entender o significado, a função e as raízes desses sentimentos, o que se ganha e o que se perde com eles.

A dimensão interacional: a ação de transformação seria a descoberta de que o isolamento aprisiona e de que a participação e o apoio do outro é fundamental para resolução do problema.

Ao efetuar a compreensão do caso, devemos observar os seguintes aspectos da usuária: qual é seu nível de informação sobre seus direitos; qual é sua forma de resolução de conflito; em que nível está seu potencial de defesa; qual é o seu potencial de defesa; se ela tem ou não uma rede de proteção visando ao desenvolvimento dessa rede; a questão do empoderamento pessoal objetivando o reasseguramento do seu empoderamento; a qualidade do vínculo com o parceiro; o seu nível de fortalecimento interno; e a intensidade do desejo, do pedido da usuária na busca de uma saída; a disponibilidade para a renúncia de ganhos neuróticos com a situação; e, por último, a renda mensal.

Os aspectos que devem estar incluídos no plano de atendimento à usuária: ajudar a usuária a aprender a dizer "não" para o que não está bom; aprender a não "engolir mais sapos"; desenvolver estratégias de ação nesse sentido; busca ativa da solução almejada; não desistir até encontrá-la; independentemente de toda a aprendizagem no sentido contrário, a usuária deve sentir-se merecedora de uma vida melhor. Cuidados para consigo mesma; prática do respeito para consigo mesma; aproximação do outro só ajuda; a busca ou o aprimoramento da profissionalização; elevação do nível de escolaridade; trabalhar ganhos e perdas diante da situação de escolha; trabalhar o medo do desconhecido; e saber que o aparente conforto da situação que está vivendo tem um custo muito alto.

O verdadeiro agente catalisador que propicia a mudança, na nossa experiência, seria a descoberta de que ela não está mais sozinha, que há alguém do seu lado que se preocupa com ela. Alguém para ouvir a sua história é importante. Alguém que não a julgue, mas que, acima de tudo, a compreenda e que pense com ela para encontrar uma saída.

Digamos que essa é uma descoberta fundamental. Então, o técnico, além de orientar e informar, deve funcionar como uma âncora e um porto seguro; deve exercer a empatia e a consideração positiva incondicional e acreditar que a usuária é capaz de mudar a sua vida.

Ou seja, o *holding*, ou exercer o papel, é algo como "estou com você para o que der e vier". Aliar-se à parte saudável da pessoa, aos aspectos saudáveis que ela tem.

A nossa metodologia propriamente dita consiste em: a entrevista de acolhimento inicial, o atendimento psicossocial, o atendimento psicológico individual, o atendimento de casal e família, a orientação jurídica, o grupo de empoderamento e as visitas domiciliares e psicossociais; Projeto Recriando Vínculos; e centro de beleza e moda.

Eu quero deixar esta mensagem, pensando na questão do desenvolvimento que eu coloquei no início: A plenitude é uma condição natural do desenvolvimento que todos devemos buscar. Então, ao invés do botão murcho, do botão seco, a rosa em plenitude.

O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO NA REEDUCAÇÃO FAMILIAR COM VISTAS AO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

TERESA CRISTINA CABRAL SANTANA RODRIGUES DOS SANTOS – Juíza de direito titular da 2ª Vara Criminal da Comarca de Santo André (SP) e juíza colaboradora da Coordenadoria da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar (Comesp).

EU ACHO que essa discussão da questão do direito das mulheres é sempre profícua, é sempre importante. E é discutindo que conseguimos desenvolver mecanismos que possam realmente erradicar esse mal.

Vou tratar da violência doméstica e da atuação do Poder Judiciário, e eu optei por analisar a Lei Maria da Penha. Eu acho que hoje no

país não dá pra falar de violência doméstica sem falar da Lei Maria da Penha. Eu ouso dizer que essa lei foi um marco histórico, ela mudou um direcionamento, e para o Poder Judiciário ela é muito importante.

Se havia alguma dúvida até a edição da Lei Maria da Penha, com a atuação do Poder Judiciário, essa dúvida, no enfrentamento da violência doméstica, deixou de existir a partir da edição dessa lei. Eu consigo enxergar na minha atuação profissional o momento antes da lei e o momento posterior a ela.

Logo de início, a lei trata de três importantes diplomas, que são a Constituição Federal e duas convenções internacionais. No artigo 6º, a Lei Maria da Penha fala sobre a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos.

Logicamente, o problema é sério, é muito importante, e quem está acostumado a lidar com ele já sabia disso, mas nós não tínhamos no nosso ordenamento jurídico uma disposição efetiva legal amplamente conhecida — até saiu uma pesquisa recentemente mostrando que a Lei Maria da Penha é uma das leis mais conhecidas do país — que dissesse: "Olha, o problema é sério, o problema precisa ser resolvido, é uma violação do direito humano. Ele não pode ser resolvido entre quatro paredes. É necessária uma intervenção como política de Estado, como política pública para erradicar o problema".

O artigo 8º traz essa obrigação de política pública e eu destaquei alguns incisos que falam especificamente da atuação do Poder Judiciário. A formação da rede de atendimento tem como fundamento principal esse artigo 8º, em alguns incisos que eu destaco: fazer convênios, termos de cooperação, estabelecer ações articuladas, e promover constantemente — isso é muito importante — a qualificação dos profissionais. A doutora Priscila Carvalho tem toda razão quando fala que há muitas coisas que são desconhecidas do Judiciário, isso é por falta de qualificação, por falta de adoção, até nas universidades, como matérias extracurriculares, enfim, que venham a nos dar, aos juízes, a noção do que é a violência de gênero. Porque quem não lida com a violência de gênero tem uma dificuldade muito grande em saber o que é.

Por que a mulher vai e volta? Por que a mulher precisa sofrer pelo menos um índice de 10 vezes aquela violência para depois procurar ajuda? Por que ela sempre volta para o agressor depois de ir para o delegado e à polícia? Por que ela quer retirar a queixa na maior parte das vezes?

Então, se nós não entendermos o que é isso, vamos revitimizar essa mulher toda vez que ela procurar o serviço de atendimento. Eu acho que as pessoas que estão aqui lidam com isso e sabem, e isso é realmente o que acontece. E isso acontece por falta de preparação, por falta de conhecimento.

Outra coisa muito importante que a lei trouxe: ela estabeleceu que não existe no ordenamento jurídico — eu, lógico, citei as duas convenções e a Constituição Federal — a necessidade e o direito da mulher ao acesso à Justiça.

E uma inovação fantástica que a lei trouxe foi a criação do Juizado de Violência Doméstica e Familiar, infelizmente ainda não criado. Existe um projeto do Tribunal de Justiça para a criação de anexos em todas as comarcas do Estado. A capital do Estado já tem sete varas da violência, com a perspectiva de criação de mais uma ou duas, porque é importante a especialização do serviço.

Todo mundo aqui sabe que temos de entender o ciclo da violência, temos de entender por que ela acontece. Se não tivermos profissionais, como juízes, promotores, advogados, defensores, delegados, policiais e médicos, que entendam o que está acontecendo, esse problema não vai ter a solução que merece.

As medidas protetivas de urgência também foram uma grande inovação e aqui todo mundo conhece até as específicas, e eu quis destacar duas, no que diz respeito à reeducação. E aí, trazer-nos para o tema, que é função do Poder Judiciário, também passou a ser muito importante a questão da reeducação do agressor, e não retirar a responsabilidade de agressor, que são duas coisas completamente diferentes.

Se quisermos ter uma sociedade justa e igualitária, em que respeitemos o outro, que é uma coisa que hoje falta muito na nossa sociedade, o respeito às diferenças, o respeito à desigualdade, a desi-

gualdade fática, não efetiva, enfim, precisamos ter uma reeducação, que é fundamental. Eu apresentei todos aqueles dispositivos que vêm trazer para o ordenamento jurídico uma obrigação para o Estado, o juiz, de agir na reeducação do agressor.

Existe também uma fundamentação para que essa reeducação seja imposta ao agressor como pena e fundamento. Existe uma medida protetiva de urgência, ela não é taxativa, o juiz pode aplicar outras medidas que não aquelas que estejam previstas. E o artigo nº 152 foi uma modificação trazida pela Lei Maria da Penha, a Lei de Execução Penal, trazendo a reeducação do agressor, a obrigação de ele ser submetido a esse tipo de programa de tratamento, bem entendido, o tratamento "reeducação" como uma necessidade para a melhoria do sistema.

A imagem a seguir retrata uma situação verdadeira de uma criança que desenhou a família, o pai como monstro e todo mundo chorando. Para dizer mais uma vez e enfatizar: a violência doméstica não diz respeito a uma célula familiar, ela diz respeito à sociedade. Ela extrapola a mulher, até porque eu não acredito que a agressão se volte só contra a mulher, os filhos estão submetidos também, como se diz: "Olha, esse problema é muito sério, quem bate em mulher machuca a família inteira".

Eu queria deixar uma mensagem de não violência do Boaventura de Sousa Santos.

"Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades."

Eu acho que é uma frase bastante interessante, devemos procurar sempre a igualdade. Precisamos aprender mecanismos, e esses mecanismos são trazidos por meio da educação, para modificarmos a nossa cultura machista patriarcal. É só a partir da educação, realmente, que vamos mudar a cultura de um povo, para que consigamos nos compreender. Não é porque nós somos mulheres, que nós somos do gênero feminino, enfim, que tenhamos de ser tratadas de uma maneira diversa dos homens.

Homens e mulheres são, sim, diferentes. Nós temos sexos diferentes, mas nós não somos diferentes em direitos e obrigações e nós temos de ter o mesmo tipo de direitos. Isso é imprescindível, se queremos ter uma sociedade justa e igualitária, se queremos ter um país que respeite as pessoas.

DEBATE – AÇÕES TRANSFORMADORAS

MEDIAÇÃO – Antonieta Keiko Kakuda Shimo, professora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

ANTONIETA SHIMO – Agora nós vamos abrir para o debate.

CLÉO – Eu sou Cléo, sou uma das coordenadoras do Conselho da Mulher daqui de Campinas, e também participo de uma entidade, a União Brasileira de Mulheres, que atua em todo o território nacional.

Eu queria fazer uma pergunta para a juíza, porque eu tenho dois filhos, quando eu me separei, eu precisei fazer essa separação, e lá os termos técnicos utilizados são muito pesados. Eles olham para o homem como varão e para a mulher como gestora, como se o nosso papel de mulher fosse apenas o de procriar e de dar filhos à sociedade.

Então, é muito pesado uma mãe, um casal, uma mãe que passa por uma situação como essa e diante do juiz, e diante de uma situação, ser colocada apenas como uma gestora.

Eu gostaria que você falasse um pouco sobre isso e das mudanças que eu acho que tem de haver nisso. Isso ficou muito marcado na minha cabeça, muito marcado comigo, ser tratada dessa forma em um momento tão difícil para mim, para os meus filhos.

Outro caso que conversamos aqui é sobre outra mãe que sofria violência doméstica, foi até o juiz e ele deixou a mãe e o marido, o ex-marido, na mesma casa, sendo que hoje nós temos leis que dizem que a mulher tem prioridade. Cadê essa prioridade? Como o juiz vê também esse tipo de coisa? A mãe vai continuar ali no mesmo espaço que aquele homem, com os filhos, e aí acaba sofrendo mais violência. E com essa pressão ela acaba abandonando o local. Então, são coisas realmente que precisam ser discutidas dentro do Poder Judiciário, para que não ocorra mais violência nessa família. É um pouco isso que eu queria colocar.

LÍVIA – Meu nome é Lívia, eu sou enfermeira obstetra, eu sou membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde da Mulher e Recém-nascido aqui da Unicamp.

E eu queria parabenizar também a todas e a doutora Melania Amorim também, em especial, por esse trabalho lindo. Eu já tinha visto esse vídeo que ela apresentou, achei impressionante também. A senhora é uma diva, absoluta. E eu queria perguntar, me espantaram muito — eu tenho experiência em centro de parto normal e centro obstétrico também — os resultados que a senhora obteve na Paraíba. Eu queria que a senhora falasse um pouco, ficamos curiosos, nós damos assistência, sobre essa taxa zero de episiotomia e os cuidados

que vocês fazem lá no hospital de vocês com as lacerações de segundo grau sem sutura. Parabéns.

EVERTON – Eu sou o Everton, enfermeiro do Provab (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica), eu comecei agora aqui em Campinas na coordenação do projeto Saúde na Escola.

Nós estamos conhecendo o território em que vamos atuar e eu tive a oportunidade essa semana de atender um pré-natal, uma abertura de SisPreNatal [*software* desenvolvido pelo Datasus para permitir o acompanhamento adequado das gestantes], e eu gostaria de jogar uma questão para a mesa em relação à naturalização da violência.

De manhã foi abordado esse tema, eu tentei fazer a questão, mas não deu, agora à tarde não foi abordado, mas eu gostaria de perguntar por quê.

Em uma dessas consultas, na abertura do SisPreNatal, nós perguntamos se a pessoa já sofreu algum tipo de violência, nós abordamos esse tema. E aí a menina de 16 anos que estava no seu segundo parto, na sua segunda gestação, falou que nunca tinha sofrido violência nenhuma. Então, nas perguntas seguintes, eu perguntei quando ela iniciou a relação sexual, e ela falou assim: "Olha, eu não sei muito bem se foi início de uma relação sexual, mas o meu padrasto mexia comigo quando eu tinha mais ou menos em torno de uns 8 anos". E eu tentei abordar de várias formas para ver se ela visualizava isso como uma violência. E ela não visualizava isso como uma violência, até então. Ela depois falou que a irmã também sofria, a mãe sofria. E para eles era natural.

Então, eu gostaria de saber a posição da mesa em relação a isso.

TATIANA – Meu nome é Tatiana e eu sou do Fórum de Humanização do Parto daqui de Campinas e sou usuária do SUS, eu fui vítima de violência obstétrica e eu queria aproveitar que temos uma juíza aqui na mesa para perguntar.

Se alguém tiver interesse em olhar o *site* do nosso Fórum, nós abrimos uma página para relatos. Nós não pedimos para as mulheres os

relatos de violência, pedimos os relatos de parto. E temos muitos relatos de violência obstétrica. Aqui em Campinas há muitos relatos de violência obstétrica, muitos relatos de violência obstétrica aqui dentro da Unicamp. Há muitos relatos de violência obstétrica em outros hospitais.

E eu queria saber, porque a violência obstétrica é uma violência contra a mulher, é uma violência de gênero, e não está claro para nós, usuárias do SUS, qual é o recorte legal para isso.

O que acontece com uma equipe que é violenta comigo, que sou usuária do SUS? Na esfera legal, como isso está sendo visto na qualidade de violência de gênero? Eu queria que a juíza falasse um pouco sobre isso.

DOUGLAS – Meu nome é Douglas, eu trabalho na Defensoria Pública. Eu queria fazer alguns comentários e fazer uma provocação também. Melania Amorim, é sempre um prazer te ouvir falar. Você tem uma experiência muito gratificante e cativante também, motivadora para os trabalhadores. E acho que o Judiciário tem um certo fetiche com o tecnicista, com o laudo, com o laudo médico.

Usamos muito a prova técnica como muito pesada. Precisamos muito de profissionais, de médicos que façam a contrapartida, que façam os laudos indicando que isso, de fato, foi uma violência, para ajudar a fazer a defesa dessas mulheres.

Priscila Carvalho, o seu trabalho está a anos-luz do que a Defensoria hoje faz. Você está muito à frente, está discutindo de ponta, sabe? Com uma construção já interessante, eu queria ter acesso, eu queria que todas as colegas, se puderem, deixassem as apresentações, para poder beber dessas fontes e partilhar isso nos nossos serviços também. Eu acho que isso, para nós, pode ser bastante interessante para multiplicarmos os trabalhos.

E uma provocação: eu acho que em todos os serviços há uma grande dificuldade, que é de educação, de formação. Acho que na outra mesa se discutiu como é que se faz uma educação humanista. Nós temos essa dificuldade no cotidiano, somos violentos no cotidiano em diversas outras situações e nos serviços também fazemos isso.

Eu fico pensando como uma mulher faz um enfrentamento num momento assim. A Defensoria sugere o plano de parto. Mas o plano de parto, uma hora ou outra, é rasgado e jogado fora. Ou outras estratégias que nós podemos... Precisamos criar cultura. Precisamos criar um enfrentamento político para que essa cultura aconteça e essa briga possa ter mais frutos.

E é a mesma resposta que eu dou para as mulheres que chegam da Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) e falam: "Eu fui revitimizada na DDM" ou "fui a um Creas [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] e fui mal orientada". Uma Defensoria provavelmente vai ter orientações errôneas, muitas vezes. Assim, de fato, a ideia é movimentação, é política e criação de cultura. Não colocar a nossa mea-culpa. Temos uma dificuldade muito grande na Defensoria, porque não temos defensores públicos; aliás, são poucas as Varas de Violência Doméstica no Estado, e nós não temos defensores públicos designados para isso.

Então, dentro da própria Defensoria há uma resistência enorme em poder designar recursos humanos para isso também. É necessário que o Judiciário também se abra ao controle social. É interessante que as pessoas também façam o máximo possível de pressão política para que possamos, dentro dos vários jogos de interesse que existem em toda instituição, em todos os jogos de poder, designar mais recursos humanos para essas coisas, para esses tipos de discussão.

Há várias outras instâncias que também fazem pressão, e há também os egos e as questões externas. Eu acho importante fazermos o máximo de pressão possível.

ANA LÚCIA – O meu nome é Ana Lúcia. Eu sou da Associação Artemis. Eu quero aproveitar a oportunidade pra fazer uma pergunta para a juíza, doutora Teresa.

Como a sociedade civil e os movimentos sociais podem sensibilizar a magistratura para a questão da violência obstétrica?

Nós conseguimos aqui em São Paulo um avanço no diálogo com os órgãos do Poder Judiciário e da Defensoria Pública, do Ministério

Público Federal, da Ordem dos Advogados do Brasil, e isso nós fomos replicando em várias ações dos ativistas no Brasil inteiro. E nós temos uma dificuldade imensa de chegar à magistratura.

Não é falta de tentativa, não. Eu fiz um levantamento pessoal no ano passado da jurisprudência no Tribunal de Justiça com os termos "episiotomia" e "Kristeller". E fiquei muito triste. Eu achei várias ações, todas embasadas nas questões de erro médico. Não achei nenhuma que falasse em termos de violência obstétrica, até porque é uma ação, um termo muito novo.

Mas eu achei questões muito grosseiras, eu cheguei a publicar isso, uma decisão do segundo semestre do ano passado, uma mulher, cuja episiotomia lhe gerou 14 pontos, o que lhe gerou incontinência urinária e fecal, e na decisão os desembargadores escreveram: "É sabido que uma mulher" — e nisso que ele escreveu ele nem seguiu o laudo do Imesc, porque, se fosse pelo laudo do Imesc, estamos falando de um profissional médico que não está atualizado na medicina baseada em evidências e não está reciclado e, obviamente, ele vai dar uma informação que não corresponde à verdade.

Mas, enfim, o desembargador falou que era sabido por todos nós que uma mulher que tivesse tido parto normal teria elasticidade da sua vagina comprometida e por isso não se tratava de erro médico. E essa mulher perdeu. E eu fui procurar o advogado e procurar essa mulher e eu soube que ela entrou em uma depressão tão grande, e por causa disso ela perdeu o marido. Porque imaginem como ficou a vida dessa mulher, ela foi violentada de novo pelo Poder Judiciário.

Então, a preocupação dos ativistas, estamos sempre discutindo, como movimento social, o que fazemos para chegar ao Tribunal de Justiça. Como fazemos para chegar à Escola Paulista de Magistratura. Que apoio podemos conseguir do magistrado para levar essa discussão? Para o magistrado entender como a questão da temática da violência obstétrica é urgente, é uma questão de gênero, é uma questão de violência que afeta a mulher, o companheiro, que não recebe o cumprimento da Lei do Acompanhante, e afeta o bebê também, porque há um detalhe muito sutil, que eu acho perigoso na hora da res-

ponsabilização: é um fato, é uma violência que acontece quando os atores estão em extrema situação de vulnerabilidade e você nunca vai poder reparar, porque as consequências de um vínculo quebrado, um vínculo emocional que foi quebrado em decorrência de uma violência obstétrica, vão perdurar pela vida inteira.

Então, não há reparação, você pode condenar o hospital, você pode condenar o médico, mas, antes de reparação, eu acho que é preciso haver ações efetivas para que a violência não aconteça, para que se entenda a gravidade da situação.

Então, é a minha pergunta para a senhora juíza: O que podemos fazer juntos?

MAGALI MENDES – Eu queria fazer uma pergunta para a juíza também. Eu sou Magali, sou promotora legal popular. As promotoras legais populares têm convicção de que, quando a Justiça abraçar a questão das mulheres, muita coisa vai melhorar.

Pensando nisso, há quatro anos, entre os dias 4 e 7 de agosto, fomos à Praça da Sé, em frente ao Palácio, e levamos documentos, abaixo-assinado, para que se ampliem os Juizados Especiais, em particular, no interior, onde não há nenhum.

A senhora falou agora que existe essa possibilidade. Eu queria saber que possibilidade é essa, porque não existe um Juizado Especial aqui no interior nem no litoral, e como é que nós, dos movimentos sociais, em particular o movimento feminista e de mulheres, podemos atuar para que esses juizados, de fato, venham minimamente para as regiões, porque nós temos certeza de que isso vai contribuir para a agilidade nos processos de violência contra a mulher.

MARCELA – Eu sou a Marcela, faço parte do Voz Ativa, que é uma ONG, temos um trabalho em parceria com outras ONGs, outras entidades, na ação de educação para a cidadania.

Em primeiro lugar, eu já tinha proposto no período da manhã, não consegui falar, mas eu acho que deste fórum teríamos de tirar uma moção de repúdio ao que aconteceu com a Adelir de Goes, de Torres

(RS). Eu acho que todas nós deveríamos subscrever esse documento e que fosse nominal, todo mundo que assinou a lista de presença. Nós representamos, nós não estamos aqui sozinhas. Nós representamos uma rede que tem uma luta em defesa dos direitos das mulheres.

Eu acho que nós temos de tirar daqui um documento. Além dos atos, acho que ter um documento de um encontro que aconteceu na Unicamp tem um peso político e eu acho que nós temos de nos manifestar.

Porque se abriu um precedente muito perigoso. É uma médica que "acha que" e vai e consegue autorização de uma juíza para fazer uma atrocidade dessas.

A segunda coisa, eu gostaria de parabenizar a doutora Melania Amorim, eu fiquei muito emocionada pela sua ação, e eu acho que deveríamos pressionar a Unicamp, a Faculdade de Medicina, a fazer parceria com a senhora para que trouxesse essas experiências aqui para o Caism, onde existem muitas denúncias de violência obstétrica. Não só no Caism, mas, já que estamos no Caism, é uma sinalização de que também queremos um convênio para que se aprenda. Porque é isso, não se ensina o parto humanizado. Se se passasse a ensinar, talvez as pessoas passassem a agir dessa forma.

Eu acho que a terceira coisa que eu gostaria de dizer é que nós estamos em ano eleitoral e eu acho que uma resposta que podemos dar, como cidadãos, é na urna.

Por exemplo, quando se fala dos Juizados Especiais, quando se tem um governo que garante uma DDM que não é 24 horas, que não funciona nos finais de semana, que não implanta os Juizados Especiais no interior, a resposta que temos como cidadãos é dizer "não" a um governo desse. Porque o que está colocado é que, se não é prioridade, não tem financiamento. O que é prioridade tem financiamento.

Por exemplo, no caso do governo federal, gastamos 42% do nosso orçamento para pagar juros e amortizações da dívida. São 42% do nosso orçamento, enquanto para a Secretaria temos menos de 1%. Então, isso deixa bem claro qual que é a intenção e a importância política.

Então, enquanto cidadãos, este ano temos poder. Tomara que saibamos usá-lo.

ANTONIETA SHIMO – Eu vou pedir para a dra. Melania Amorim responder primeiro as questões que lhe foram feitas e depois passamos para a juíza, porque a grande maioria das perguntas é para ela.

MELANIA AMORIM – Bem, a história da episiotomia se confunde com a história da minha trajetória, do meu encontro com a medicina baseada em evidências e, sobretudo, com o movimento da humanização da assistência ao parto.

Demorou, mas eu cheguei a um ponto em que eu concluí, analisando toda a história, analisando do ponto de vista antropológico, social, cultural, como foi a introdução da episiotomia na prática obstétrica moderna.

É extremamente irônico que agora nos estejam cobrando evidências para justificar que ainda seja realizado um procedimento que foi introduzido na medicina sem absolutamente nenhuma evidência de sua necessidade.

As evidências são bem claras de que não se deve fazer episiotomia de rotina. Se vocês me perguntarem se existe um ensaio clínico randomizado comparando "não fazer nunca" contra "fazer seletivamente", esse estudo está em andamento na instituição onde eu trabalho e está muito difícil coletar os dados, porque eu acho que nós fizemos esse estudo tarde demais, porque atualmente as taxas de episiotomia no Imip são de 10% nos partos atendidos por médicos e 1% nos partos atendidos por enfermeiras.[2]

E é nesse setor dos partos atendidos pelas enfermeiras que está sendo realizado o estudo. Então, nos dois braços do estudo, há pouquíssimas episiotomias. Eu acho que há quatro no grupo de "episiotomias seletivas" e uma no grupo de "episiotomia nunca" em andamento.

---

2 O ensaio clínico randomizado citado, concluído em 2014, mostrou que a taxa de episiotomia do Imip é de menos de 2% e que é possível um protocolo de não realização de episiotomia.

E isso é muito irônico. Nós só conseguimos compreender como o procedimento se tornou popular se nos remetermos à história. E eu conto essa história no *blog* (http://estudamelania.blogspot.com.br/) para quem se interessar em ver os detalhes. A episiotomia foi introduzida no final do século XVIII e só se tornou popular no século XX, com a hospitalização do parto.

Há um texto bem emblemático do obstetra Joseph B. DeLee sobre o papel do fórceps profilático em primíparas: "O trabalho de parto é ainda uma experiência dolorosa e aterrorizante. (...) O fórceps profilático é uma técnica para conduzir todo o parto, com a proposta definida de aliviar a dor, *suplementar e antecipar os esforços da natureza*, reduzindo hemorragia, prevenindo e reparando o dano".

Eu cito essas palavras de DeLee porque existe de fato uma crença da medicina de que o corpo da mulher é algo essencialmente defectivo e dependendo da intervenção médica para parir. No caso da episiotomia e de instrumentos como o fórceps, isso foi decorrente de uma intromissão masculina no processo de assistência ao parto, porque existem muitas representações fálicas. A episiotomia é uma delas, como o fórceps também é; não que eu nunca faça um fórceps, mas nós nos remetemos, de certo ponto de vista, a essa intrusão masculina na assistência ao parto sempre como algo que invade, que viola o corpo feminino e que se tornou popular sem evidência nenhuma de sua necessidade, e muito menos de sua necessidade de rotina. Antes de a obstetrícia ser incorporada como especialidade médica, os homens se mantinham afastados da cena de parto, e é a partir do momento em que os médicos entram nessa assistência que os procedimentos invasivos são introduzidos e passam, com o aumento do percentual de parto assistidos por médicos, a se tornar populares.

Na verdade, foi só para atender às reivindicações das mulheres, que foram às ruas, principalmente na Inglaterra nos anos 1970, clamando por evidências que comprovassem que a episiotomia era necessária, que foram realizados os primeiros estudos.

Em 1983 é que sai uma primeira grande revisão dizendo que, realmente, revisando toda a medicina ocidental, não havia nenhuma evi-

dência de que a episiotomia fosse necessária. E, ao contrário, havia sugestões de que ela fosse prejudicial.

E aí, analisando mais profundamente ainda o caso, quando eu consegui, eu ouvi o discurso das mulheres submetidas à episiotomia. Juntando com esse estudo aprofundado da história, eu concluí — eu quero comprovar isso com este ensaio clínico randomizado — que a episiotomia nunca é necessária.

Então, eu vou além, a OMS recomenda no máximo 10% de episiotomias. As mulheres estão clamando que não seja feita de rotina e a minha proposta, na minha convicção, é que não seja feita nunca.

Eu mudei. Eu fui formada em um modelo absolutamente tecnocrático, que eu acho que é o que vige aqui ainda. E eu fiz milhares de episiotomias a vida toda. Eu costumo dizer que eu sou uma AA, uma "alcoólica anônima" das episiotomias. Eu conto os dias que eu passo sem fazer episiotomia. Então, eu estou há 12 anos, um mês e um dia, hoje, sem realizar episiotomias.

Simone Diniz, que esteve aqui hoje pela manhã, na sua tese de doutorado conta a história da obstetra que disse que até conhecia as evidências, mas que sofria da "síndrome da mão boba obstétrica", porque na hora a mão ia sozinha.

Aí, para evitar que a "mão vá sozinha", podemos desenvolver uma série de estratégias, às vezes até cuidar do períneo, se bem que eu não estou convencida de que esse cuidado intraparto seja o grande diferencial.

Você pode "sentar na mão", se a mão ficar doída, você pode ficar... O sucedâneo, eu costumo dizer, do tricô da parteira tradicional, para mim, é o meu Iphone, porque eu fico navegando na internet, tudo para evitar que a "mão siga sozinha". Porque essa "mão" é um perigo.

E normalmente, quando eu chego aos centros mais humanizados, às casas de parto, discutindo com o pessoal, eles me perguntam: "Como é que você consegue?". Nós temos uma taxa muito baixa de episiotomias, está em 2%, 3%, 4%, 5%. Realmente, são taxas bem baixas. Eu respondo que não acredito que o procedimento seja necessário, eu desconstruí essa ideia da minha vida.

O vídeo que apresentamos segue uma trilha musical, com a música *Metamorfose ambulante*, de Raul Seixas, porque foi nisso que eu me transformei na militância. Eu quero deixar "aquela velha opinião formada sobre tudo" e me abrir para as evidências científicas. Porque é muito curioso. Muita gente fica inquieta com essa história de nunca fazer episiotomia.

E, em relação às lacerações espontâneas, no Imip [Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira] nós temos, como eu disse, uma média de 5% de episiotomias, 1% nos partos assistidos por enfermeiras, e 10% nos partos assistidos por médicos. No Isea [Instituto de Saúde Elpídio de Almeida], as episiotomias estão caindo, já foram extremamente elevadas, hoje estão entre 30% e 35%. E no Imip tivemos a oportunidade de estudar essas lacerações espontâneas. E o que eu notei, para minha surpresa, é que no Imip, nos partos assistidos por enfermeiras, ainda se sutura muito. Quer dizer que isso caracteriza uma necessidade de intervir ainda muito grande.

Vamos lembrar que, embora historicamente tenha havido mulheres que tiveram filhos por lacerações não corrigidas, a ideia de suturar as lacerações é relativamente recente na história da obstetrícia.

Durante muitos e muitos anos, quando as mulheres pariam assistidas por outras mulheres, nada se fazia. E nós temos alguma evidência, ainda não forte, mas já há evidências nesse sentido que mostram que somente as lacerações que distorçam aberrantemente a anatomia ou aquelas que estejam sangrando consideravelmente são lacerações que merecem sutura.

Eu tenho outro vídeo, bem maior, que foi gravado em 2009, em um congresso na África do Sul, em que eu explico isso: o fio cirúrgico é um corpo estranho. O nosso corpo tem uma capacidade de regeneração magnífica. Se não fizermos episiotomia, vamos ter lacerações menores. Essas lacerações, muitas vezes, não requerem sutura.

Então, é perfeitamente possível deixar sem suturar as lacerações, inclusive as de segundo grau, que não distorcem de forma importante a anatomia. Porque é isso que acontece quando não fazemos episiotomia, as lacerações podem até ocorrer, mas elas nunca são tão pro-

fundas como uma laceração que é promovida por uma episiotomia. Não sou a única que pensa isso, há um estudo que foi publicado há pouco tempo, "Episiotomia: o corte final?" [*Episiotomy: the final cut?*, Steiner et al., 2012], propondo a abolição da episiotomia de rotina, e existe evidência, principalmente, de estudos publicados por obstetras, de que essas lacerações não merecem, em boa parte, ser suturadas. Também há grandes séries demonstrando os resultados perineais de partos sem episiotomia, como um estudo com 1.176 partos e mais de 60% de períneo íntegro, e o nosso próprio estudo, publicado em 2014, com taxa zero de episiotomia, 60% de períneo íntegro e taxa de sutura de 23%.

Quanto à ideia de laudar, eu não tenho nenhuma objeção de avaliar uma mulher que foi vítima de violência obstétrica se me for solicitado para fornecer um laudo de perito. Na verdade, eu acho que ultimamente eu vivo fazendo parecer técnico em diversos casos. E estou, obviamente, aberta a compartilhar essa experiência com colegas de todo o país, desde que eu seja convidada.

Evidentemente, eu não posso aterrissar no Caism com a proposta de ensinar as pessoas. Isso seria arbitrário. E realmente não há como. Nós notamos que, quando usamos o discurso das evidências para outros médicos, é como se nós estivéssemos realmente exercendo uma relação de poder, e eles são meio obrigados a concordar, embora alguns resmunguem pelas costas de que esses gráficos não querem dizer nada. Ainda existem os resistentes que acham que a experiência deles é mais importante. Mas, principalmente nas grandes faculdades, nos hospitais-escola, eu noto que esse discurso de evidência é bastante convincente. Pelo menos na teoria.

O problema é que, quando você larga as pessoas, mesmo você insistindo nas aulas e nas apresentações, elas vão e retomam a "síndrome da mão boba", porque é o modelo que leva a isso. É todo o modelo.

Então, eu acho que experiências-piloto devem começar como essas em todos os locais. Alguém tem de estar à frente mostrando que sim, é possível. Um dos vídeos do meu projeto termina com esta frase, que foi usada na época da campanha do presidente norte-america-

no Barack Obama: "Yes, we can!" [Sim, nós podemos!] Nós podemos mostrar que é possível.

Eu acho que funcionou muito mais essa minha estratégia de ir para lá e mostrar que era possível na prática. O Isea [Instituto de Saúde Elpídio de Almeida] é muito pobre. Há camas completamente deterioradas, lascadas, não há divisórias separando os leitos. As mulheres ficam em grandes quartos com várias camas.

Agora que começaram a chegar mais recursos, mas, no começo, quem comprava tudo para o projeto éramos nós. E agora, sim, nós estamos sendo reconhecidos pela gestão atual, mas já houve brigas homéricas e eu fico muito feliz de ter conseguido sensibilizar vários colegas que hoje vestem a camisa e são militantes da causa e de ter formado essas pessoas, meus alunos, ex-alunos, residentes, ex-residentes, muitos dos quais nunca realizaram uma episiotomia na vida.

TERESA CRISTINA DOS SANTOS – Uma vez eu ouvi de uma colega uma afirmação e eu reafirmei que o direito tem sexo. E tem mesmo. Até 1962, há o Estatuto da Mulher Casada, as mulheres casadas eram consideradas relativamente incapazes. O que isso significava? Que as mulheres casadas, até aquela época, não podiam abrir uma conta no banco sem autorização do marido.

Eu fiz faculdade, eu saí da faculdade em 1992. Até 1992 isso era uma tese juridicamente admissível e totalmente aceita, e quem fez direito sabe dessa época, enfim, a tal da "legítima defesa da honra", usada em vários julgamentos, esses vários julgamentos, esses homicídios até. Desculpem tratar dessa forma, porque é uma forma que eu não gosto de dizer, mas acabaram ficando famosos na história do nosso país, dizendo que um homem que mata uma mulher que o está traindo está na "legítima defesa da sua honra", e essa tese era defendida de uma maneira bastante contundente e, infelizmente, acolhida pelo corpo de jurados como sendo um crime possível. "Eu mato porque fui traído, eu estou ilibando minha honra".

Quando eu fiz faculdade também, nem faz tanto tempo assim, havia a questão da "mulher honesta"; até a mudança que houve no

Código Penal de 2009, nós tínhamos o rapto. Somente a "mulher honesta" podia ser vítima de estupro. E aqui a "mulher honesta" não era aquela que pagava as contas. "Mulher honesta" era aquela que era casta, que não mantinha relações sexuais fora do casamento e que, uma vez casada, permanecia casada para o resto da vida; é o tal do débito conjugal. O que é o "débito conjugal"? A mulher é obrigada a satisfazer os desejos sexuais do homem, e não era considerado estupro, até bem pouco tempo atrás, uma mulher que era forçada a uma intervenção sexual masculina no casamento, porque ela tinha de cumprir uma obrigação.

Havia anulação do casamento, que era quando o homem, na verdade, descobria, na noite de núpcias, que a mulher não era mais virgem; então, ele podia anular o casamento.

Então, esses são pequenos exemplos de um direito que tem sexo. Um direito que tem sexo é aquele direito que vai chegar para a senhora e falar que a senhora, na verdade, é "gestora". "Varão" e "varoa" existem, mas "gestora" eu não tinha ouvido.

É o mesmo direito que vai, na hora de uma separação, tratar a senhora dessa maneira totalmente desrespeitosa, que está no momento de fragilidade absurda, e eu reconheço que é muita fragilidade mesmo, para não reconhecer o sofrimento que a senhora tem naquele momento.

É um direito que, infelizmente, vai olhar para um processo, o desembargador, enfim, e dizer que "não, na verdade, não houve uma lesão". Porque, absurdamente, a mulher, afinal de contas, não é uma provedora? Ela não é aquela que tem de dar à luz? Essa não é a função da relação sexual? Afinal de contas, pra que ela vai querer ter mais relação sexual, se ela já teve filho?

Essas questões todas, e são absurdas, são dantescas, elas são altamente danosas e violentas, são trazidas para todas as áreas do desenvolvimento humano. A medicina, o direito, a engenharia, e vamos olhando para isso e vendo a psicologia, eu vejo a quantidade de profissionais da psicologia que não conhece o que é gênero, que não sabe lidar com essas distinções.

É absurdo o que acontece, porque nós temos uma cultura patriar-

cal machista, que nos leva, sim, ela vai levando, ela vai trazendo tudo, e nós podemos olhar.

Escola, por exemplo: a educação sexista é um absurdo, discriminatória. Nós estamos trazendo, não é possível que uma criança, um menino de três anos, saiba que ele não pode gostar de rosa. De onde ele tirou isso? Rosa é uma cor tão bonita, por que ele não pode gostar de rosa?

Para conseguir lidar com isso, temos de mudar uma cultura, e isso não é fácil. Quando falamos em violência obstétrica, no que pode ser feito diante dela, eu vou reconhecer aqui, é um termo novo. Nós não conhecemos, não sabemos do que se trata, não temos qualificação profissional para isso, o juiz não é médico.

E já que pediram, eu vou pedir também, precisamos fazer um movimento, enfim, nos IML, com relação ao legista, fica um apelo ao Imesc [Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo] também, que tem umas falhas de laudo. Nós, como juízes, ficamos sem condição de julgar, porque não temos laudo que nos dê subsídio para analisar. Eu, particularmente, já contestei mais do que uma decisão, com laudos do Imesc, em que eles foram absolutamente corporativistas, uma coisa insuportavelmente descarada, enfim, dava para perceber que houve um erro médico ali, e falaram: "Não, não houve. Na verdade, foi perfeitamente normal. Ela teve descolamento prematuro de placenta e morreu na porta do hospital, mas não houve problema. Não foi porque houve negligência".

Então, nós precisamos nos unir, eu acho importante uma rede de atendimento, para melhorarmos os serviços, de modo que possamos nos ajudar, nós temos esse tipo de intenção. Nós, que temos esse tipo de conhecimento, devemos formar um corpo, não no sentido de corporação, mas no sentido de união de forças para conseguir lidar com esse mal.

O Tribunal de Justiça é o local mais machista do país. O Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo foi o último tribunal do país que admitiu mulheres nos seus quadros. As mulheres só começaram a passar no concurso de maneira um pouco mais elevada, em quanti-

ficação, números, quando — pasmem — as provas deixaram de ter identificação de nome.

Começou a ser por uma obra da OAB, por algumas organizações feministas do Estado, isso um pouco antes de eu passar no concurso, nem faz tanto tempo assim. Eu passei no concurso em 1995, quando passou a ser proibido que os desembargadores e membros da comissão soubessem se eram mulheres ou homens que estavam prestando a prova.

Nós temos um tribunal que tem 360 desembargadores e 20 desembargadoras. Não existe nem dado estatístico no país, nenhum percentual tão baixo de participação feminina nos órgãos de poder como no Tribunal de Justiça. Esse tribunal que tem essa dificuldade de sensibilização.

Agora, o que fazemos para melhorar isso? O que estamos fazendo aqui hoje. Vamos sentar, vamos discutir, vamos mudar a postura e vamos mudar a política.

Outro dia usaram, e eu acho que foi muito feliz, dois exemplos muito interessantes. O cigarro. O cigarro até bem pouco tempo atrás era difundido como uma coisa muito interessante; que me desculpem os fumantes, mas hoje os fumantes são praticamente discriminados por conta de uma campanha que foi feita contra o uso do cigarro. Foi uma campanha, campanha publicitária. Por que não podemos fazer isso com a violência doméstica? Por que não podemos fazer isso com relação à violência obstétrica?

Todas essas bandeiras do direito da defesa da mulher, eu vou dizer mulher, mas gênero feminino, porque obviamente as relações homoafetivas, homossexuais não estão livres disso também, para defendermos uma bandeira. É muito importante. O papel das universidades nisso é fundamental.

Fiquei extremamente feliz quando eu vim participar aqui hoje e saber: "Olha, que ótimo. A Unicamp, a área médica, está abraçando a causa e vamos divulgar e vamos falar sobre isso. Vamos escancarar as portas e vamos dizer o que está acontecendo". Então, nós precisamos unir as forças.

As promotoras legais populares, por exemplo, eu já participei de cursos, eu acho que os multiplicadores sociais são os principais instrumentos que nós temos para poder lidar com isso, porque eles conseguem entrar nas comunidades e levar a noção de cidadania.

Nós precisamos ter cidadania. Você tem toda razão com relação ao voto. Nós precisamos lembrar e exercer o nosso direito de cidadão brasileiro de uma forma efetiva. Quando somos submetidos à violência, não vai dar em nada. Não vamos fazer nada? Não, vamos fazer, sim! Se não der em nada, precisamos de profissionais como nós aqui para ensinar como dar em alguma coisa, como resolver.

Nesses cursos de promotoras legais populares, por exemplo, tenho dado informação de como é que se faz para conseguir que o inquérito policial seja mais bem conduzido, para que a prova seja mais bem produzida, de modo que possamos conseguir uma condenação no final das contas.

Esse trabalho, eu sei que é um trabalho de formiguinha, muito difícil, quem trabalha com isso sabe que às vezes é extremamente cansativo, mas é assim que se muda o mundo. É assim que se muda uma sociedade, se queremos ter uma sociedade melhor, é unindo forças.

Com relação a sua questão, eu posso levar sua reivindicação quanto a essa violência para a Comesp e solicitar, até que seja marcada uma audiência, enfim, que sua posição seja colocada para tentarmos alguma coisa. Não pode chegar para o juiz e falar: "Olha, decida assim ou assado", mas podemos fazer o que estamos fazendo aqui, conversar sobre o assunto. "Olha, vamos conversar, vamos discutir, vamos entender", porque é falta de entendimento, é falta de conhecimento isso.

Sobre essa cultura machista que nos leva. Com relação à responsabilização em relação à violência, à violência obstétrica, criminalmente eu acho um pouco difícil porque a lesão é dolosa. Nós poderíamos tentar levar para uma lesão culposa, mas não há uma tipificação penal muito específica. Talvez possamos até analisar.

Mas, com relação à responsabilização civil, é interessante, e aí a falha com relação à prova, eu concordo integralmente, ela existe mesmo, mas vamos fazer esse tipo de movimento.

O IML, por exemplo, é dotado de médicos legistas. A qualidade dos laudos que vêm pra nós, juízes criminais, para analisar as lesões, é uma aberração, não temos elementos para julgar o processo. Nós juízes precisamos de peritos, não somos médicos, eu não sou arquiteta, eu não sou engenheira, eu não sei isso. Eu preciso de quê? De instrumentos que me ajudem a julgar isso. Essa é a parte que a cidadania tem de fazer. Essa é a parte que a sociedade tem de fazer.

Nós temos de lutar pelos nossos direitos. Temos de acreditar que podemos defender nossos direitos e buscar conhecimento, buscar ajuda, buscar movimentos. Instrumentalizar e dar para os juízes melhores elementos, e aí obviamente a mea-culpa, o tribunal é muito resistente mesmo. Eu, como mulher, fui discriminada mais de uma vez no Tribunal e isso acontece mesmo, mas estamos lá, não é? Vamos tentando. Porque são carreiras primordialmente machistas, infelizmente.

A autorização da juíza do parto: realmente foi um absurdo, mas eu também acho que entra nessa escala da cultura. Eu acho que entra nessa situação do desconhecimento. Não desculpando a atuação do profissional, muito pelo contrário. Nós é que temos a obrigação de correr atrás da informação, e não o contrário. Mas existe toda uma questão machista e cultural que acaba atrapalhando.

Eu acho que ficou faltando a questão do juizado que foi perguntado, mas existe uma intenção do presidente do Tribunal de Justiça, tomei conhecimento não formal dela, mas existe um grupo de pessoas trabalhando nesse sentido. Para a criação de juizados, ainda não é possível. Como a senhora disse, há a questão da verba, a questão do espaço. Não é muito barato. Criar juizado é muito fácil, criar anexo. Difícil é conseguir colocar em prática, na verdade, conseguir colocar em funcionamento.

Mas se esse projeto do Tribunal realmente acabar acontecendo, para criação dos anexos, nós vamos precisar de duas coisas, principalmente. Uma delas, movimentos sociais que se importem, que queiram, que reivindiquem. Eu particularmente estou fazendo parte de um pedido da sociedade civil para a criação de anexo na cidade de São Bernardo do Campo, temos a participação da sociedade civil,

do Fórum de Mulheres, e a Prefeitura Municipal entrando com uma verba, entrando com mecanismo necessário para que esse juizado e para que esses anexos possam ser instalados.

Quando digo mecanismo, eu estou dizendo: computador, sala, mesa, cadeira, enfim, o básico, exatamente, para poder fazer a instalação dos anexos. É imprescindível, sim, é muito importante, é uma luta da Comesp [Coordenadoria da Mulher em Situação de Violência Doméstica e Familiar] a criação. A Comesp foi criada em 2009, se não me falha a memória. Até agora, por intervenção da Comesp, foram criadas sete varas na capital do Estado, foram criadas três varas no interior do Estado. Existe a reivindicação da criação de mais três anexos e pedidos de criação de anexos por mais umas cinco ou seis cidades no Estado de São Paulo.

Então, é um movimento em que as pessoas estão caminhando, as pessoas estão entendendo que é importante. A especialização do serviço é imprescindível, ela é necessária mesmo. E é um projeto que felizmente o Tribunal de Justiça encampou e está acolhendo os pedidos das pessoas. É preciso mobilização da sociedade civil para que isso realmente aconteça.

MELANIA AMORIM – Eu queria fazer um acréscimo. Eu não sou advogada, mas eu vejo a importância de abrirmos um precedente porque, pelo nosso Código de Ética Médica, é vedado ao médico praticar qualquer procedimento sem o consentimento do paciente, exceto em situação de risco iminente de morte.

Eu não consigo ver nenhuma condição com risco iminente de morte que justifique uma episiotomia, uma episiotomia de urgência. Se eu não fizer, a mulher vai morrer. A não ser que metam um nascituro na história e resolvam dizer que o nascituro estava em risco. Mas vejam, os prontuários são muito mal preenchidos.

Para eu descobrir a taxa de episiotomias do hospital, tivemos de fazer uma abordagem combinada e obrigar o pessoal a, pelo menos, marcar se tinha feito episiotomia ou não. Muito menos havia termo de consentimento.

Então, mesmo que não dê em nada, que o CRM [Conselho Regional de Medicina] faça somente uma sindicância, eu acho que pelo menos o aborrecimento da pessoa em se saber sindicada já vai ser um alerta para que as mulheres fiquem ligadas nisso.

A maioria dos processos que vemos no CRM em relação à obstetrícia geralmente é culpando o médico por ter desistido do parto normal e ter feito uma cesariana. Vamos começar a denunciar as cesarianas desnecessárias. Vamos começar a denunciar as episiotomias sem o consentimento da mulher.

Porque eu acho que, mesmo que inicialmente só se abra uma sindicância, é muito sofrido esse processo de a pessoa estar sendo sindicada, a vida da pessoa fica muito perturbada.

Eu, particularmente, nunca fui processada, mas já atuei como testemunha e perita de um monte de processos e realmente isso perturba a cabeça da pessoa. Eu já vi colegas que largaram a obstetrícia depois de um processo. E nem foi judicial, foi um processo no CRM.

Então, eu acho que vai ser difícil, porque médico realmente é muito corporativista. Eu passei a semana sendo violentamente atacada por meus colegas, que me insultaram, me caluniaram, me difamaram, fizeram ameaças por conta do meu posicionamento público em repúdio à violência obstétrica sofrida pela Adelir. Eu sei que vai ser difícil, mas eu sugiro que também sigamos por essa linha, que denunciemos esses casos aos Conselhos Regionais de Medicina.

TERESA CRISTINA DOS SANTOS – Eu não vou me alongar muito. Só para te dar uma resposta. Estamos realmente entrando com uma série de processos no Juizado Especial, na Justiça comum, questionando justamente a episiotomia, em especial, e as cesarianas também.

Há o caso de uma pessoa bastante engajada, empoderada, do ABC Paulista, e estamos tentando tornar esse caso emblemático e, a partir da sentença de primeiro grau, já partir para a Corte Interamericana de Direito, para levar para fora do Brasil. É episiotomia sem consentimento com laudo de médico para tentar fazer desse caso um precedente, talvez, externo, até que se possa facilitar o terreno para todas as outras pessoas.

A nossa ideia é causar, realmente, uma enxurrada no Judiciário de ações por violência obstétrica, para que uma hora comecem a prestar atenção nos argumentos que usamos e perceber que não estamos brincando.

NÃO IDENTIFICADA – Para iniciar a parceria com a senhora juíza, vamos lhe entregar um presente, o DVD do filme "Renascimento do Parto", para que sejam feitas sessões nas associações de magistratura, em que a senhora possa levar este filme e dizer que tanto a Artemis quanto a Rede Parto do Princípio, movimento ativista do Brasil inteiro, estão sempre dispostos a ter voluntários, profissionais, a participar dessas sessões para esclarecer e discutir, depois de ver o filme, sobre o que é violência obstétrica. Conta conosco sempre. E obrigada por abrir as portas.

LUCÉLIA BRAGHINI – Sobre a questão da naturalização da violência, eu só queria dizer que, em casos de abuso, em geral, isso parte de pessoas conhecidas, pessoas com as quais você tem vínculo afetivo. E quando é isso é feito sem o uso da força física, então, não é decodificado como violência.

ANTONIETA SHIMO – Eu gostaria de agradecer imensamente a todas as componentes desta mesa, a todos que participaram. E eu tenho a incumbência de encerrar.

Agradeço a todos que permaneceram até agora, e eu acho que foi uma discussão bastante proveitosa, rica, densa, vamos para casa não descansadas, eu acho que vamos ficar com muitas coisas esquentando a cabeça e com muitas ideias para trabalhar.

Uma realização do Fórum Pensamento Estratégico (PENSES) da Unicamp, I Fórum sobre Violência contra a Mulher: Múltiplos Olhares, ocorrido em Campinas (SP) em 9 de abril de 2014, reuniu representantes de diversas esferas de governo, academia e terceiro setor no debate sobre violência doméstica, sexual e obstétrica. Uma das principais conclusões é que o Brasil ainda não dispõe de uma rede integrada e eficiente de apoio às vítimas, apesar dos esforços do governo federal, da Justiça e de organizações não governamentais. Esta publicação traz a íntegra das palestras com a proposta de estimular a discussão e auxiliar na formulação de políticas públicas.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-98612-42-3
9 788598 612423