

FÓRUM DE DISCUSSÃO
SOBRE AS RECOMENDAÇÕES
DOS COMITÊS CEDAW E DESC
NA ÁREA DE SAÚDE
DAS MULHERES



**Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de
Discriminação contra a Mulher (CEDAW)
Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e
Culturais (PIDESC)**

**Fórum de Discussão
sobre as Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC
na Área de Saúde das Mulheres**

Relatório

**Brasília, 2005
AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento**

Fórum de Discussão sobre Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC na Área de Saúde das Mulheres – Relatório

Promoção do Fórum

AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento

ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

Rede Feminista de Saúde - Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia

Relatoria Nacional Direito Humano à Saúde – Projeto Relatores Nacionais – Plataforma DhESC/Brasil

Realização

AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento

ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

Parceria

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

Apoio

SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SENASP - Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça

Coordenação editorial

AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento

Marlene Libardoni

Redação

Polyana Resende

Revisão

Marlene Libardoni

Eliane Campelo

Projeto gráfico, diagramação e arte final

Fabiano Guimarães

Apoio

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

Estimulamos e autorizamos a reprodução total ou parcial das idéias e conteúdos por todos os meios, desde que citada a fonte.

F85 Fórum de discussão sobre recomendações dos Comitês CEDAW e Desc na área de saúde das mulheres: relatório. -- Brasília: AGENDE, 2005.
CD-ROM; 4 ¾ pol.

Disponível também em World Wide Web:

<<http://www.agende.org.br>>

1. Violência contra a mulher. 2. Tratados Internacionais. 3. Saúde da Mulher. I.
AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento.

CDU 396.3

ÍNDICE

Apresentação.....	05
Introdução.....	09
Metodologia do evento.....	13
Mesa de abertura.....	15
Mesa 1 - <i>Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos</i>.....	21
Mesa 2 - <i>Transversalidade de Gênero e Políticas Específicas de Saúde</i>.....	29
Mesa 3 - <i>Violência contra as Mulheres</i>.....	41
Mesa 4 - <i>Controle Social e Monitoramento das Políticas de Saúde para as Mulheres</i>.....	57
Mesa 5 - <i>Reafirmando as recomendações</i>.....	65
Anexos:	
Programa do Fórum.....	71
Subsídios.....	75
Quadro CEDAW / PIDESC – Áreas Saúde e Violência.....	90

APRESENTAÇÃO

O Fórum de Discussão sobre as Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC na Área de Saúde das Mulheres, coordenado pelas ONGs AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento e ADVOCACI - Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, discutiu a implementação das recomendações dos Comitês das Nações Unidas que monitoram a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC).

Representantes dos movimentos feministas e de mulheres, parlamentares, integrantes de órgãos governamentais, gestoras/es públicas/os, profissionais de saúde, representantes de organismos internacionais se reuniram no auditório da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em Brasília, entre os dias 04 e 05 de abril, para debater esses compromissos assumidos pelo Estado brasileiro perante a comunidade internacional no que diz respeito à saúde das mulheres. Esses dias foram escolhidos porque integravam a semana em que se comemora o Dia Mundial da Saúde, 07 de abril.

A proposta foi realizar um evento com atores/atrizes chaves de cada setor para levantar questões, demandas e medidas efetivas com vistas ao cumprimento das Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC ao Estado brasileiro. O público-alvo do evento foram tomadores de decisão no Poder Executivo e agentes governamentais (nas

esferas federal, estadual e municipal); parlamentares, em particular aquelas/es que atuam na área de saúde; a Bancada Feminina no Congresso Nacional; profissionais de saúde; operadores do Direito; integrantes dos movimentos feminista e de mulheres; representantes de conselhos de saúde e de agências internacionais de cooperação.

O objetivo foi intensificar o diálogo entre a sociedade civil e o governo brasileiro, fortemente representado no evento, para garantir o cumprimento dos tratados/instrumentos internacionais firmados, por meio da implementação de políticas públicas de qualidade. O ponto focal foi incentivar o governo para que as políticas com recorte de gênero e raça cheguem aos estados e municípios.

As entidades/pessoas presentes formularam diretrizes para o monitoramento das recomendações dos dois Comitês das Nações Unidas, a fim de contribuir para a efetivação dos direitos humanos das mulheres brasileiras e para o cumprimento dos tratados e convenções de que o Brasil é signatário.

Dentre os assuntos debatidos estavam: a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, as especificidades da relação entre saúde e violência contra as mulheres e o controle social por parte da sociedade civil organizada.

Os principais problemas apontados ao longo do evento foram: a falta de capacitação dos profissionais que atendem as mulheres em situação de violência; as altas taxas de mortalidade materna; a criminalização do aborto; a desatenção às mulheres em situação de maior vulnerabilidade social (negras, indígenas, lésbicas, deficientes, rurais, etc); o contingenciamento de recursos e a fragilidade de políticas gerais e específicas a partir da transversalidade de gênero e raça/etnia.

O Fórum foi promovido pelas ONGs AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento e ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos, em conjunto com a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Diretos

Reprodutivos (Rede Feminista de Saúde), o SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia, a Relatoria Nacional de Direito Humano à Saúde da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais (Plataforma DhESC/Brasil) e as Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O evento também teve apoio da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o apoio da Secretaria Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça.

INTRODUÇÃO

A preocupação em garantir o acesso aos parâmetros protetivos para os diferentes segmentos e grupos se expressa nos Tratados Internacionais voltados à garantia dos direitos das mulheres, das minorias raciais, étnicas, dos grupos com diferentes orientações sexuais, que, assim, passam a ter reconhecidos seus direitos coletivos.

No Brasil, os direitos fundamentais das mulheres estão contemplados no plano legal. A Constituição de 1988 trouxe grandes avanços nesse sentido. Além disso, o Estado brasileiro é signatário dos principais Tratados Internacionais de proteção aos direitos humanos das mulheres. Lamentavelmente, o mesmo não pode ser dito das políticas públicas implementadas para garanti-los.

Em uma avaliação dos movimentos feminista e de mulheres consolidada no Relatório da Sociedade Civil à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (ratificada pelo Brasil em 1984), o qual foi apresentado em 2003 ao Comitê CEDAW (que monitora a implementação dessa convenção), os programas e ações governamentais voltados para as mulheres foram avaliados como descontínuos e sem interligação. Além disso, não consideram as desigualdades e diferenças existentes entre mulheres, ou seja, as especificidades vividas pelas mulheres negras, indígenas, jovens, idosas, deficientes, lésbicas, etc.

Em julho de 2003, pela primeira vez, o Brasil apresentou Relatório ao Comitê CEDAW, o relatório inicial e os periódicos correspondentes aos anos de 1985, 1989, 1993, 1997 e 2001. O Comitê CEDAW fez, então, importantes recomendações ao Estado brasileiro no sentido do cumprimento dos compromissos com a Convenção e solicitou um novo relatório periódico em 2005.

Em maio de 2003, também pela primeira vez, o Brasil apresentou o Relatório Periódico ao Comitê que monitora a implementação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), ratificado pelo Brasil em 1992. O Comitê DESC fez importantes recomendações da área de saúde das mulheres.

É importante recordar que quando houve a apreciação dos relatórios do Brasil, por ambos os Comitês em 2003, o governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva estava iniciando seu mandato e as apresentações e defesas foram marcadas por uma série de boas intenções e propostas bastante positivas.

Além disso, nos dois casos tratou-se do relatório inicial do Brasil, devido logo após a ratificação dos Instrumentos (1984 para a CEDAW e 1992 para o PIDESC) cobrindo, portanto, períodos bastante longos – quase 20 anos no caso da CEDAW e dez anos, no caso do PIDESC - durante os quais significativos avanços puderam ser relatados. Agora o Estado brasileiro foi instado a apresentar novos relatórios – em 2005 para o Comitê CEDAW e em 2006 para o Comitê DESC – prestando contas, especialmente, do que fez para cumprir os compromissos que assumiu perante os Comitês em 2003.

As recomendações dos dois Comitês constituem-se importantes instrumentos de monitoramento das políticas públicas que deveriam ser implementadas pelo Estado brasileiro. Nesse sentido é importante divulgar amplamente essas recomendações bem como seus respectivos Tratados Internacionais, junto à sociedade civil e aos diversos atores governamentais, sensibilizando-os para os compromissos assumidos pelo Brasil

perante a comunidade internacional e para a necessidade de implementação de políticas e medidas efetivas de cumprimento desses compromissos.

Para que as políticas públicas sejam de fato universais é necessário que considerem, desde sua concepção até sua implementação, as especificidades, diferenças e desigualdades que marcam a realidade brasileira. Desse modo, os programas e ações governamentais conseguiriam atingir o objetivo de promover a igualdade e o acesso universal a direitos, bens e serviços.

A transversalidade de gênero e raça nas políticas públicas brasileiras precisa ser pensada a partir das temáticas de combate à pobreza, trabalho, emprego, saúde, habitação, etc. Essa estratégia possibilita o atendimento às necessidades específicas das mulheres e a promoção da igualdade entre mulheres e homens do ponto de vista da intersetorialidade e da articulação necessária entre as diferentes áreas e ações governamentais.

É preciso reconhecer que, em termos de orientação de políticas, as ações governamentais têm avançado na tentativa de reduzir as desigualdades de gênero e raça/etnia. Provas disso foram a observação desses recortes no Plano Plurianual - PPA 2004/2007 e a formulação pelo governo de planos nacionais em diversas áreas. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, o Plano Nacional de Saúde e o Plano Nacional de Segurança Pública possuem diversas medidas e ações que contemplam as recomendações dos Comitês CEDAW e DESC para a superação da violência e das assimetrias de gênero e raça e para a transformação da situação de saúde das mulheres.

Há que se mencionar, ainda, o processo de realização da Conferência Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial neste ano de 2005, a qual também deverá ter como encaminhamento um plano nacional visando à superação das desigualdades raciais.

Percebe-se, com isso, que as desigualdades de gênero e raça começam a ser reconhecidas e consideradas como um problema social dentro das instituições governamentais. Mas, é muito importante que o Governo tenha como prioridade o cumprimento das Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC, especialmente na área de saúde.

A sensibilização dos gestores e gestoras de políticas públicas é fundamental para que, de fato, o Governo operacionalize e amadureça ações na erradicação das desigualdades existentes no nosso país.

Nesse sentido, o Fórum de Discussão sobre as Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC na Área de Saúde das Mulheres constituiu-se em um espaço privilegiado para aprofundar o diálogo entre representantes do governo e diversos segmentos da sociedade civil interessados na melhoria das condições de saúde das mulheres e na efetivação de seus direitos humanos e sua cidadania.

Ao mesmo tempo, o Fórum teve um papel fundamental de reavivar as recomendações dos Comitês CEDAW e DESC que monitoram a implementação de dois importantes Instrumentos Internacionais – a CEDAW e o PIDESC – pelo Estado brasileiro na área de saúde das mulheres, além de ter sido um marco na avaliação de avanços e deficiências e na proposição de medidas efetivas com vistas ao pleno cumprimento das recomendações.

Metodologia do evento

Para que as temáticas referentes às recomendações dos Comitês CEDAW e DESC fossem melhor debatidas, a dinâmica do Fórum foi dividida em seis momentos diferentes: uma mesa de abertura, quatro mesas divididas por temas similares e uma mesa de compilação dos debates realizados anteriormente.

Para que o tempo das explicações e intervenções fosse otimizado, cada mesa possuía uma coordenadora, que controlava o tempo de cada exposição. Cada painalista tinha 10 minutos para explicar seu tema. Além disso, havia diversas relatoras, as quais reuniram os principais e mais polêmicos pontos para a avaliação final das discussões presentes no Fórum.

A fim de ampliar e garantir um diálogo democrático e permanente, após as exposições das/os debatedoras/es de cada mesa cerca de uma hora era destinada às/aos participantes para que elas/eles pudessem fazer intervenções, perguntas e sugestões.

Os temas, as/os integrantes e os resumos dos debates das mesas temáticas seguem nos textos a seguir.

Mesa de abertura

Na mesa de abertura estavam presentes:

- ✓ Marlene Libardoni, diretora executiva da ONG AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento
- ✓ Rosana Alcântara, coordenadora da ONG ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
- ✓ Suely de Oliveira, representante da Ministra Nilcéa Freire da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM
- ✓ Tereza de Jesus Campos Neta, representante do Ministro da Saúde Humberto Costa
- ✓ Tânia Cooper Patriota, representante auxiliar do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil
- ✓ Julio Javier Espíndola, consultor internacional da representação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no Brasil
- ✓ Fátima Oliveira, secretária-executiva da Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Diretos Reprodutivos

Marlene Libardoni

Um marco na avaliação dos avanços no cumprimento das recomendações feitas ao Estado brasileiro pelos Comitês CEDAW e DESC em 2003, e também na proposição de medidas efetivas para o pleno cumprimento dessas recomendações. Foi assim que Marlene Libardoni definiu o Fórum de Discussão. “A nossa expectativa é de que as discussões que serão travadas nesses dois dias possam nos permitir uma análise real dos avanços e, ao mesmo tempo, a elaboração de sugestões e recomendações de ações concretas”, afirmou.

Para ela, as desigualdades de gênero e raça começam a ser reconhecidas como um problema social dentro das instituições governamentais. Libardoni ressalta, no entanto, que é muito importante que o Governo tenha como prioridade o cumprimento das Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC, especialmente na área de saúde das mulheres. Nesse sentido, ela apontou a sensibilização dos gestores e gestoras de políticas públicas como elemento fundamental para que, de fato, o Governo operacionalize e amadureça ações na erradicação das desigualdades existentes no nosso país.

Rosana Alcântara

A metodologia do Fórum de Discussão sobre as Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC – destacou Rosana Alcântara – se centra na possibilidade de “se falar de igual para igual todo o tempo” com especialistas nas temáticas relacionadas à saúde das mulheres. De acordo com ela, esse Fórum foi desenhado para que as mesas temáticas tivessem como subsídios os tratados internacionais e planos governamentais, a fim de que as/os participantes aprofundassem o debate nos principais temas pautados pelas recomendações.

Alcântara salientou que havia muitas expectativas de que os debates naquele momento pudessem incentivar a real incorporação das recomendações nos planos governamentais, em diversas esferas, não somente no poder Executivo, mas também no Legislativo e no Judiciário. Ela afirmou que essa seria uma forma ampla de pensar política social, ressaltando que “a aplicabilidade e a justiciabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos ainda são exercícios a serem construídos”.

Suely de Oliveira

A Subsecretária de Relações Institucionais da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Suely de Oliveira, concordou que o Fórum constitui uma iniciativa importante para a garantia dos direitos das mulheres. Ela, no entanto, levanta a preocupação de que as questões levantadas pelo Fórum não fiquem somente nos planos.

Oliveira destaca ainda que a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres é resultado das recomendações dos mecanismos internacionais. Nesta direção, afirma que há um firme comprometimento em relação à implementação dos acordos internacionais ratificados pelo Brasil e uma grande preocupação do governo com a implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.

Tereza Campos

A representante do Ministro da Saúde Humberto Costa enfatizou que as grandes preocupações do Ministério da Saúde na área de saúde da mulher são a mortalidade materna e os direitos sexuais e reprodutivos. Ela destacou que temos vivido um momento polêmico com a questão da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, em especial no que diz respeito à dispensa do Boletim de Ocorrência nos casos de aborto legal. “Quando não queremos mexer em questões polêmicas, fazemos de conta que o problema não existe”, protestou.

Segundo Campos, o Ministério da Saúde, ao participar desse Fórum, pretende contribuir para as discussões, bem como utilizá-las na formulação e aperfeiçoamento das políticas implementadas pelo órgão.

Tânia Cooper Patriota

Tânia Cooper Patriota agradeceu a oportunidade de, por meio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), apoiar o Fórum de Discussão e destacou a importância dos Mecanismos Internacionais para a efetivação dos direitos das mulheres no Brasil e no mundo. Nesta direção, enfatizou o papel de liderança da ONG AGENDE na Campanha pela implementação da CEDAW, pela ratificação do seu Protocolo Facultativo e na elaboração de um relatório da sociedade civil sobre a implementação da Convenção no Brasil.

Para ela, tal esforço reflete um profundo compromisso e forte envolvimento dos movimentos feminista e de mulheres com a promoção de direitos humanos no Brasil. Patriota afirma ainda que assegurar esses direitos é prioridade do UNFPA e que os temas em discussão no Fórum têm uma relevância significativa no ano em que a Plataforma de Ação da Conferência de Beijing completa 10 anos, uma vez que “os direitos das mulheres não são facultativos”.

Julio Javier Espíndola

Julio Javier Espíndola salientou que o tema do Fórum de Discussão – saúde das mulheres – é uma das prioridades da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS). Ele também lembrou a importância simbólica desse evento acontecer na semana do Dia Mundial da Saúde e fez um alerta para que as temáticas não fossem discutidas fora do contexto dos direitos humanos.

Espíndola ainda divulgou o tema trabalhado este ano pela Organização Mundial de Saúde (OMS): “Mães e Crianças Saudáveis”; e destacou que o Ministério da Saúde decidiu ampliar, no Brasil, o *slogan* para contemplar todas mulheres, não apenas as mães, enquanto sujeitos de direitos.

Fátima Oliveira

A secretária executiva da Rede Feminista de Saúde Fátima Oliveira afirmou que aquele era um momento importante no nosso país para desvendar as dificuldades dos temas em debate no Fórum. Ela convocou as/os participantes do evento a refletir sobre o papel do Ministério da Saúde, ao afirmar que esse órgão não é responsável pela implementação das políticas públicas e sim pela formulação delas. Fátima justificou a afirmação explicando que há uma tendência equivocada, particularmente do movimento de mulheres, de analisar as condições de vida das mulheres a partir das ações implementadas pelo Ministério da Saúde.

A médica feminista pondera que, “se tratando da política nacional de atendimento à saúde das mulheres, o Brasil está bem, já que o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher) é considerado a melhor política de atendimento à saúde das mulheres do mundo”. No entanto, Fátima ressalta com veemência que o real controle social é aquele realizado na “ponta”, onde os serviços são realizados. Ela salienta que os movimentos feminista e de mulheres têm descuidado de monitorar a forma como os estados e municípios aplicam os recursos recebidos do Ministério da Saúde.

MESA 1

SAÚDE DAS MULHERES, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

A primeira mesa temática do Fórum debateu **Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. Os subtemas abordados foram mortalidade materna, aborto e as medidas legislativas cabíveis, educação sexual e planejamento familiar.

A coordenadora dessa mesa foi Elizabeth Garcez, integrante do Conselho Diretor da AGENDE e a relatora foi Maria José Rosado Nunes, coordenadora da ONG Católicas pelo Direito de Decidir.

Entre as/os panelistas estavam:

- ✓ Jorge Andalaft Neto, presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)
- ✓ Ana Paula de Andrade Lima Viana, representante das Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro
- ✓ Deputado Federal Roberto Gouveia (PT/SP), autor do PL 21/2003 de descriminalização do aborto

- ✓ Mônica Mulatinho, coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal
- ✓ Rurany Ester Silva, representante da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde

Mortalidade materna

No Brasil, o dimensionamento real da morte materna é dificultado por dois fatores, quais sejam: a subinformação e o subregistro das declarações de óbito, conforme a Notificação Compulsória do Óbito Materno. A regulamentação dessa Notificação Compulsória foi citada por Rurany Ester como um mecanismo de identificação dos principais fatores de risco associados à morte materna, para que dessa forma seja possível definir estratégias de intervenção.

A Portaria nº 653/GM, de 28 de maio de 2003, a qual regulamenta essa Notificação, considera óbito materno “aquele sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação – independentemente da duração ou da localização da gravidez, causado por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela”. A portaria ainda estabelece a obrigatoriedade de investigação, por parte de todos os Municípios, dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno. As investigações devem ser iniciadas, no máximo, 30 dias após a ocorrência do óbito.

Rurany Ester destacou também o problema da porcentagem maior de mulheres parturientes negras que morrem, em relação à porcentagem de mulheres brancas, além do tratamento negativamente diferenciado para as primeiras. De acordo com ela, 60% dos óbitos maternos são de negras.

A representante da Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde afirma que é preciso reforçar o combate ao racismo e qualificar o atendimento dado a essas

mulheres. Uma ação nesse sentido é a criação do Comitê Técnico da Saúde da População Negra, o qual busca, dentre outras coisas, a redução da mortalidade materna.

Depois do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado pelo Presidente da República no dia 08 de março de 2004, há também, segundo Ester, a intenção do MS em capacitar, com recorte étnico, racial e de gênero, todos/as os/as profissionais de saúde. Além disso, o órgão objetiva formar parteiras e ampliar o conhecimento das doulas, combater e prevenir o câncer de colo de útero e de mama.

As/os participantes ainda ressaltaram que a qualidade da assistência não corresponde ao avanço das políticas, ou seja, há uma defasagem entre as políticas elaboradas e definidas e a implementação “na ponta”, o que contribui para a morbi-mortalidade materna.

Aborto

As colocações feitas sobre o aborto consideraram-no, ao mesmo tempo, como questão de saúde pública e de direito, cuja garantia de acesso é parte fundamental do pleno exercício dos direitos humanos e da cidadania das mulheres.

Ana Paula Andrade Lima Viana, representante das Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro, ressaltou que a temática do aborto legal e seguro deve ser considerada uma política de saúde pública e um sinônimo de ampliação da democracia.

De acordo com ela, pela 1ª vez no país, o governo começa a cumprir os compromissos firmados nas conferências internacionais relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, por meio do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM).

Monitorar as políticas públicas e o Legislativo para não haver retrocessos. Esse foi o alerta feito por Ana Paula Viana, que comemorou a saída do movimento de uma posição de defesa para fazer com que “os conservadores comecem a responder e justificar as práticas excludentes e discriminatórias contra as mulheres no Brasil”.

As/os participantes ressaltaram a situação precária do serviço de aborto legal nos hospitais públicos. Além disso, salientaram a necessidade de capacitação profissional em relação a esse serviço, inclusive no que diz respeito à distribuição da pílula do dia seguinte, e a importância e urgência de se humanizar o atendimento às mulheres que recorrem a esses/as profissionais. Destacou-se que o Instituto Médico Legal também precisa de um espaço humanizado dentro dos hospitais que são referência na questão do aborto.

Jorge Andalaft Neto, presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), salienta que além de se erradicar as formas de discriminação contra as mulheres que sofrem violência sexual, deve-se facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Segundo ele, o Brasil pouco avançou em 15 anos no que diz respeito ao serviço de atendimento às mulheres em situação de violência sexual. O representante da Febrasgo explica que, em 1989, havia 10 hospitais que realizavam o aborto legal. De acordo com ele, atualmente, apenas 44 realizam esse serviço e cerca de 100 fazem a coleta da secreção vaginal para exame de DNA, distribuem contraceptivos de emergência e retrovirais e possuem atendimento psicológico.

Ressaltou-se que há, em relação ao aborto, uma contraposição entre o cenário nacional com indicações positivas de mudança, dentre elas as ações governamentais e as manifestações da sociedade civil; e o cenário internacional de retrocesso, como nos Estados Unidos e nas Igrejas (religiões).

Medidas legislativas referentes ao aborto

O constante acompanhamento do processo de revisão da legislação punitiva do aborto, especialmente pela Comissão Tripartite instituída para revisar a legislação que pune o aborto, e a melhora na qualidade do atendimento às mulheres em processo de abortamento foram colocados como pontos-chave para a plena execução das recomendações dos Comitês. Para a representante das Jornadas, Ana Paula Viana, é fundamental pautar o aborto legal e seguro como questão de justiça social.

As/os panelistas lembraram que a proibição legal da interrupção de uma gravidez indesejada somente aumenta as taxas de aborto inseguro/clandestino e de mortalidade materna, atingindo majoritariamente as jovens pobres, que não têm acesso à saúde e à educação sexual adequada e as quais chegam aos hospitais públicos com hemorragia intensa ou infecções.

Ana Paula Viana esclareceu que a Comissão Tripartite é composta por membros dos poderes Executivo e Legislativo e da sociedade civil e tem por finalidade revisar a legislação brasileira no que diz respeito à punibilidade referente ao aborto. Ela disse serem questões emergenciais: a manutenção do monitoramento das ações relativas à revisão da legislação punitiva e o acompanhamento das audiências da comissão. Para ela, os movimentos feminista e de mulheres precisam se mobilizar para mobilizar a mídia e a sociedade.

O deputado Roberto Gouveia destacou a importância da descriminalização do aborto no país. Ele lembrou que, no Brasil, o Código Penal prevê pena de três anos de reclusão para a mulher que cometer aborto voluntário, o qual que só é permitido caso seja praticado por um médico em duas situações previstas no artigo 128: se a gestante corre o risco de morrer ou se a gravidez é resultante de estupro.



O parlamentar quer retirar, por meio do projeto de lei 21/2003, o artigo do Código Penal que criminaliza a mulher que aborta. Para ele, esse artigo vem servindo somente às clínicas clandestinas, as quais lucram às custas da necessidade das mulheres que têm uma gravidez indesejada. “Essas clínicas usam o artigo para intimidar as mulheres que sofrem complicações após o aborto”, afirmou. Ele ainda notou que raras mulheres foram presas. Para o deputado, o PL tem viabilidade na aprovação, mesmo nesta conjuntura desfavorável.

Roberto Gouveia salientou que é preciso fazer avançar os direitos sexuais e reprodutivos nos planos de ação das conferências internacionais, em especial no que diz respeito à autonomia das mulheres. “Que elas possam decidir como agir com seus próprios corpos”, reforçou.

Segundo ele, as mulheres têm dificuldade de exercer até mesmo o aborto permitido por lei. “Daí a necessidade de organizar os serviços de abortamento legal e fazer valer os direitos humanos das mulheres”, afirmou.

O ginecologista Jorge Andalaft concordou com o parlamentar, ao afirmar que nem com autorização judicial os médicos querem fazer o aborto. O representante da FEBRASGO assegura que o maior desafio dos médicos é trabalhar com a cunha de “aborteiro”. “Eles têm medo”, disse. Segundo ele, é necessário diminuir a pressão sobre os/as profissionais que realizam esse serviço.

Jorge Andalaft esclareceu ainda que nenhuma mulher que fez aborto legal no Brasil morreu ou ficou com alguma seqüela, “prova que é mais importante ter um aborto legal do que deixar as mulheres na clandestinidade”.

Para que o médico e a instituição de saúde se sintam seguros para fazer o aborto legal, a FEBRASGO, de acordo com ele, está elaborando um consentimento informado para substituir/dispensar o Boletim de Ocorrência policial (BO) – o qual passou a ser exigido por meio de uma Norma Técnica editada em 1998 pelo então Ministro da Saúde José Serra.

Nessa direção, a representante da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Rurany Ester Silva, destacou a regulamentação da Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, que dispensa a apresentação do BO para a realização de abortamento legal para as vítimas de estupro. Ela ainda ressaltou que há 51 serviços de abortamento legal e observou que 31 maternidades, que são referências estaduais, foram capacitadas nessa norma técnica.

Educação sexual

Mônica Mulatinho abordou o tema educação sexual focalizando três espaços específicos onde insurgem formas de educação e controle da vida sexual das pessoas: escola, igreja e família. De acordo com ela, essas instituições tradicionais bloqueiam e reprimem a sexualidade. A médica citou os estudos de Freud sobre a libido e Reich, os quais afirmavam que a repressão da sexualidade desencadearia algumas neuroses. Nessa direção, apontou aspectos negativos dos modelos de sexualidade tanto ortodoxos, como permissivo, afirmando que o ideal seria a fixação de um modelo relacional.

A palestra centrou-se na importância de uma articulação entre família e escola para a real eficácia da educação sexual, em especial no que diz respeito às/aos adolescentes. O objetivo é trabalhar sobre a subjetividade, o cotidiano e, assim, reverter uma gama de preconceitos. Segundo Mulatinho, a escola não recebe o devido preparo para fazer a educação sexual: “os professores não estão sendo formados para isso”.

Durante o debate, as/os participantes levantaram a questão da implementação da legislação existente; a necessidade de capacitação das/os professoras/es responsáveis pela educação sexual nas escolas; a ampliação do acesso das/os adolescentes a métodos contraceptivos, especialmente à camisinha; além da necessidade de uma ampla articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação a fim de viabilizar uma educação sexual de qualidade nas escolas.

A representante da Área Técnica da Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, Rurany Ester, salientou que foi assinado um termo de cooperação com as Secretarias Especiais de Políticas para as Mulheres (SPM) e de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), além do Ministério da Educação (MEC) e da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) para que seja feito um amplo trabalho de saúde e prevenção nas escolas.

Planejamento familiar

No que diz respeito à política de planejamento familiar, o Ministério da Saúde ampliou a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, garantiu Rurany Ester. De acordo com ela, o órgão distribuiu anticoncepcionais para 1299 municípios em janeiro de 2005 e tem como meta distribuir para 100% dos municípios até dezembro de 2005.

A panelista ressaltou que o MS incluiu, nessa distribuição, diafragmas, anticoncepcionais hormonais mensais e contraceptivos de emergência. Outra proposta é ampliar também os serviços de vasectomia e laqueadura. “Em 2002, tínhamos 267 serviços e em 2004, 362”, destaca a técnica.

Rurany Ester ainda mencionou a criação, inicialmente em sete capitais, de uma política de reprodução humana assistida. Para ela, o que é importante nessa política, é que ela vai abranger não só os hospitais do SUS, mas toda a rede de assistência deste país.

Houve um consenso entre as/os participantes de que o planejamento familiar deve ser incluído nas propostas de educação sexual. Destacou-se a não-acessibilidade aos métodos de prevenção de gravidez e DST/Aids e reafirmou-se a necessidade de monitoramento dos municípios, por parte do Ministério da Saúde, em relação ao uso dos recursos para a compra de métodos preventivos e contraceptivos e à efetivação do atendimento da saúde das mulheres.

MESA 2

TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO E POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE

A segunda mesa temática do Fórum de Discussão avaliou a **Transversalidade de Gênero e as Políticas Específicas de Saúde**. Debateu-se o acesso das mulheres aos serviços de saúde, em particular aquelas em situação de maior vulnerabilidade social - deficientes, lésbicas, indígenas, negras, quilombolas, jovens, idosas, rurais, das Regiões Norte e Nordeste, etc. - ; DST/HIV/Aids e Programa de Saúde da Família (PSF).

A coordenadora da mesa foi Sueli Carvalho, representante da Rede Nacional de Parteiras Tradicionais e a relatora das discussões foi Lúcia Xavier, da Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESC/Brasil.

Entre as palestrantes estavam:

- ✓ Suely de Oliveira, subsecretária da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)
- ✓ Tereza de Jesus Campos Neta, diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) do Ministério da Saúde

- ✓ Kátia Guimarães, da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde
- ✓ Wilza Vilela, do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo
- ✓ Ana Paula Portella, do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia

Políticas com recorte de gênero

Conforme a subsecretária de Relações Institucionais, Suely de Oliveira, nos últimos dois anos, o governo brasileiro instituiu, de forma incisiva, políticas públicas que interferem positivamente no quadro das desigualdades existentes no país. No que se refere ao compromisso com a erradicação das desigualdades, ela lembrou que houvera a inclusão das temáticas de gênero e raça como transversais nas políticas gerais, tanto no Plano Plurianual (PPA 2004-2007), quanto na avaliação de políticas setoriais.

A subsecretária afirmou que a transversalidade de gênero começou a ser pensada mais profundamente a partir da Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a qual teve por finalidade a indicação de diretrizes da política nacional para as mulheres na perspectiva da igualdade de gênero, considerando as diversidades de raça e etnia.

Nessa direção, Suely de Oliveira apontou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) como reflexo da mudança na forma de tratar a desigualdade de gênero no País, que agora acontece “de uma forma articulada e não mais por meio de ações isoladas”. Segundo ela, há um grande esforço de pactuação entre a SPM e 16 Ministérios para desenvolver as ações propostas pelo PNPM.

A subsecretária citou como exemplo, no campo da ampliação da autonomia econômica das mulheres, a criação de instrumentos que aprofundam as políticas de igualdade de oportunidades e direitos no mercado de trabalho. Um desses instrumentos é a instalação de uma comissão tripartite para a igualdade de oportunidade de gênero e raça no trabalho e o programa de fortalecimento institucional para a erradicação da pobreza e geração de emprego.

As/os participantes, no entanto, alertaram para a baixa institucionalização da política de gênero. Para elas/eles, há uma fragilidade na discussão sobre as políticas universais e específicas a partir do conceito de transversalidade, o qual foi entendido como fundamental para a realização das políticas universais, mas que não deve ser um entrave para as políticas específicas.

Além disso, segundo as/os participantes, quando há um bom nível de planejamento das ações com transversalidade, surgem problemas na implementação dessas ações, que têm baixos resultados. Salientou-se no debate que não há também interlocução entre programas/projetos. Logo, sugeriu-se a divulgação ampla dos direitos e seus mecanismos de reparação entre as mulheres, a construção de metodologia e a elaboração de estudos com modelos de superação das desigualdades de gênero, a fim de dirimir as distorções na implementação das políticas.

Políticas que contemplam outros recortes

Como o Ministério de Saúde está trabalhando a transversalidade de gênero na política de saúde da Mulher? Foi essa pergunta que a diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE) do órgão, Tereza de Jesus Campos Neta, se empenhou em responder. De acordo com ela, o MS procura contemplar as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardar as especificidades dos distintos grupos populacionais, ampliar e qualificar o acesso à saúde pelas mulheres.

Teresa Campos assegurou a existência de várias ações voltadas para as mulheres idosas e adolescentes, chamou atenção para a elaboração de uma política nacional voltada às mulheres negras e comentou as ações voltadas para mulheres com transtornos mentais por meio do Programa de Volta para Casa, que faz parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde.

Ela deu destaque ao sistema de saúde em presídios femininos, financiado com recursos repassados pela União; à política de atenção integral à saúde da mulher índia,

inclusive com a criação de um grupo de trabalho intersetorial com a participação de lideranças de mulheres índias; e às ações em prol da saúde da mulher trabalhadora, a partir da Conferência Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Houve também, segundo ela, a ampliação dos serviços de laqueadura e vasectomia; da distribuição de métodos contraceptivos; da atenção ginecológica e obstétrica e do atendimento às mulheres e adolescentes que sofreram violência; criou-se uma rede de bancos de cordão umbilical e, agora, a reprodução humana assistida já é possível na rede pública de saúde.

A diretora do DAPE/MS citou ainda o apoio técnico e financeiro concedido a projetos de multiplicadores em gênero, saúde, direitos sexuais e reprodutivos para trabalhadoras rurais, além dos recursos destinados à capacitação em atenção humanizada ao parto, voltada às/aos profissionais de saúde das áreas rurais.

Já Suely de Oliveira citou o lançamento do Programa Nacional de Documentação de Mulheres Trabalhadoras Rurais, o qual tem como objetivo fornecer gratuitamente documentação civil básica para as mulheres assentadas pela reforma agrária e agricultoras familiares, inserindo-as numa perspectiva da cidadania e contribuindo para que possam realizar plenamente seus direitos, como o de acesso à aposentadoria rural. Além disso, ela sublinhou o aperfeiçoamento do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) do Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) com a criação, em 2003, de uma linha especial de crédito para as mulheres o Pronaf Mulher.

A subsecretária da SPM também afirmou que o Programa Brasil sem Homofobia é uma questão inovadora quando se pensa na questão da orientação sexual. As participantes, no entanto, protestaram contra a falta de percepção sobre as condições das lésbicas e suas invisibilidades nas políticas voltadas para as mulheres.

Elas questionaram a inexistência de informações específicas sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, já que as mulheres desconhecem as maneiras de fazer sexo seguro com outras mulheres. Além disso, salientaram as práticas

discriminatórias sofridas pelas lésbicas nos serviços de saúde. Destacou-se, na discussão, a falta de estatísticas e a necessidade de inclusão, nas pesquisas, dos indicadores não só de gênero e raça, mas também de orientação sexual.

HIV/Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)

As DSTs explicitam as conexões entre desigualdades sociais (de gênero, classe, raça e etnia) e saúde. No Brasil, a epidemia de Aids cresce nove vezes mais entre mulheres que entre homens. Sendo uma doença nova e urgente, exige a produção de novas tecnologias e materiais para seu enfrentamento, que operam a partir de estruturas já existentes.

De acordo com Kátia Guimarães, da Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, as políticas públicas em relação à Aids dirigidas às mulheres são pensadas a partir de referências como vulnerabilidade social, de gênero, raça, geração, de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que contemplam a diversidade e a pluralidade das populações femininas.

O objetivo é a prevenção e assistência com prioridade aos segmentos de maior vulnerabilidade: mulheres soropositivas, envolvidas em parcerias sorodiscordantes, portadoras de DSTs, usuárias e parceiras de usuários de drogas, profissionais do sexo, presidiárias, lésbicas, trabalhadoras rurais, seringueiras, indígenas, negras, idosas e vítimas de violência sexual.

Guimarães garante que os programas são fundamentados nos princípios do SUS, tais como integralidade e intersetorialidade, além de serem bem articulados com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e com os Programas Saúde do Adolescente e de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. A painelistas Wilza Vilela, do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo, contestou essa afirmação e contra-argumentou que o “programa da mulher vai para um lado e o da Aids para o outro”.

Vilela explicou sua contestação ao alegar que nas avaliações feitas com profissionais de saúde quanto à falta de testagem de HIV, o problema apresentado era sempre o preconceito. Para ela, não adianta querer lidar com normas culturais somente com o sistema de saúde, deve-se também atuar em outros espaços culturais.

A palestrante revelou que há de 10 a 12 milhões de casos de DSTs por ano. Segundo ela, apesar de o teste e o tratamento de sífilis serem simples e estarem disponíveis no sistema desde a década de 50, não conseguimos erradicar a doença. Exemplo disso é que 1,6% das parturientes ainda é portadora de sífilis. Vilela compara essa doença com o HIV/Aids, que é mais recente, gera maior preconceito e exige tratamento e testes mais caros. Ela aponta como problema a permanência de estruturas antigas – do início do século 20 – em contraponto com o surgimento de novas epidemias.

Algumas das estratégias de combate à transmissão do vírus HIV e das DSTs apresentadas pelo MS foram: investimento em insumos de prevenção, ampliando o acesso da população feminina; aumento das possibilidades de negociação do uso do preservativo; estímulo à auto-estima das mulheres, com ênfase nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Deve haver maior controle social de ONGs sobre questões tais como: falta de preservativos, medicamentos.

Dados epidemiológicos (fonte: CN DST/Aids, de 1998 a 2004)

- Números estimados de mulheres vivendo com HIV no Brasil: 217.641
- Taxa de incidência de Aids em mulheres : 14 casos por 100.000 habitantes ao ano
- Números de casos de sífilis congênita: 24.448 entre 1998 e 2004 (74% fez pré-natal, 48% dos parceiros não foram tratados)
- Percentual de gestantes com 07 ou mais consultas de pré-natal: 50%
- Percentual de gestantes que realizam o teste anti-HIV: 5,6%
- Percentual de mulheres testadas em CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento DST/Aids) que estavam grávidas: 46,1%

- Percentual da população que já realizou o teste anti-HIV: 28,1% (maior para mulheres)
- Percentual de mulheres que realizaram algum exame ginecológico nos últimos três anos: entre 62.2% e 65.5%
- Percentual de mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos que nunca fizeram exame ginecológico: 29% (oportunidades de acesso à prevenção e tratamento ficam limitadas)
- Maior percentual de uso de preservativo em relações eventuais: 74,1% (população de 15 a 24 anos)
- Uso regular do Condom: 25% (maior para os homens)

Contexto

- Preconceitos por parte dos profissionais
- Falta de qualidade (técnica e humana) dos serviços – desafios para o SUS
- Falta de acesso aos serviços (solução extrapola o setor de saúde)
- Difícil operacionalização da idéia de integralidade x materno-infantil
- Dificuldade de diálogo entre os movimentos sociais de Aids e de mulheres para estabelecer pautas comuns
- Dificuldade de articulação entre gerentes e gestores de Aids e de Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde
- Doenças banalizadas e desconhecidas

Meta governamental

- Reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres com: a ampliação da testagem (pessoas que sabem que têm HIV usam mais a camisinha que as que não sabem); ampliação do tratamento e melhora da adesão; melhora da relação médico/paciente; novos fármacos; quebra de patentes; ampliação do uso de preservativo; renovação do aconselhamento e das práticas de educação em saúde.

Questões ainda pouco equacionadas

- Prevenção para mulheres portadoras de necessidades especiais
- Reprodução humana assistida e livre escolha da maternidade e tipo de parto para as mulheres com HIV
- Contracepção das mulheres com HIV
- Aborto
- Violência

Programa Saúde da Família (PSF)

A representante do SOS Corpo - Instituto Feminista para a Democracia, Ana Paula Portella, citou uma pesquisa etnográfica, realizada em 2003 no Recife, a qual analisou o cotidiano da assistência em 12 unidades do PSF, que em 2004 completou 10 anos de concepção pelo Ministério da Saúde. O estudo foi coordenado e executado por um grupo consultor constituído pela Faculdade de Medicina da USP, pelo Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco e pelo SOS Corpo, a pedido da Prefeitura de Recife.

Segundo ela, a idéia de um programa que apresente capacidade de resposta simultânea para os problemas de saúde da mulher e para as desigualdades de gênero nos serviços de saúde tem sido o horizonte do movimento feminista na área da saúde nas últimas décadas. Conforme os resultados da pesquisa, como disse, falta ao PSF uma clara perspectiva de gênero, sem a qual dificilmente o governo brasileiro cumprirá as recomendações feitas pelos Comitês CEDAW e DESC.

De acordo com o estudo, o PSF é explicitamente um prolongamento do modelo tradicional de assistência, no qual a relação com as usuárias é mecanizada; a oferta de informações obedece a formas rígidas e rotineiras, com pouco ou nenhum espaço para escuta, novas necessidades e demandas; a educação em saúde é marcada por intenções de controle e disciplina, especialmente quando se trata de adolescentes e mulheres, sendo particularmente evidente nos casos da amamentação, planejamento familiar, hipertensão e diabetes.

Há confusão entre a autoridade moral e a autoridade técnica, com julgamentos ambivalentes por parte das/os profissionais, em especial diante de decisões assistenciais em situações novas e/ou polêmicas. De maneira geral, a população é vista como passiva, a partir de estereótipos de classe.

As idéias de ignorância, falta de higiene, preguiça e despreocupação que definem a imagem de usuários e usuárias são compartilhadas pela maior parte das equipes. “Agregue-se a isso os padrões tradicionais de gênero e tem-se a clássica imagem da mulher usuária dos serviços, percebida exclusivamente como mãe, esposa e dona-de-casa e, principalmente, como a cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e os serviços”, ressaltou Ana Paula Portella.

A pesquisa revelou que a mulher é vista como uma usuária difícil, suas queixas são desvalorizadas e sua saúde é entendida como limitada à reprodução e ao planejamento familiar. O tempo e o trabalho das mulheres são desvalorizados, na mesma medida em que os dos homens são valorizados. A baixa frequência de homens nos serviços é atribuída à sua resistência, não sendo reconhecida como uma questão da estratégia e proposta assistencial.

Para lidar com as situações que envolvem a sexualidade, as/os profissionais utilizam-se de conhecimentos não técnicos, de natureza pessoal e quase sempre de ordem moral. Homossexuais e profissionais do sexo são alvo de preconceito por parte das equipes. As mulheres são o público principal das intervenções relativas à sexualidade, mas essa sexualidade é objeto de julgamento moral e está sujeita à disciplina.

Segundo o estudo, a contracepção é vista como responsabilidade exclusiva da mulher e a idéia de “controle de natalidade” orienta toda a assistência em saúde reprodutiva. A laqueadura é vista como método positivo, preferencial e, muitas vezes, imperativo, diante da condição de pobreza ou da idade das usuárias. A decisão sobre os métodos está nas mãos das/os profissionais – seja pela falta de métodos na unidade ou pelo exercício puro e simples da autoridade, que prescreve o que as mulheres devem usar.

A violência, tratada e vivida no cotidiano das equipes, é invisível como tema da assistência, principalmente para as/os médicas/os, e suas compreensões são eivadas de preconceitos, mas há também um grande sentimento de impotência e medo, que, associado à inexistência de protocolos de atenção e de uma rede de referência, dificulta e mesmo impossibilita o atendimento dos casos. A violência não é considerada pertinente ao campo da saúde e a atuação das/dos Agentes Comunitárias/os de Saúde (ACSs) e enfermeiras/os dá-se no sentido da manutenção dos laços de conjugalidade e do reforço do modelo tradicional de família.

Ana Paula Portella alegou que as visitas domiciliares, ação central do modelo PSF, constituem-se em momentos perversos de invasão da vida íntima e privada das pessoas, com um forte teor de disciplinamento e autoritarismo. “Esse grau e essa forma de ingerência do Estado na vida das pessoas é radicalmente antagônico com qualquer proposta emancipatória e libertadora”, alertou.

A representante do SOS Corpo salientou que a “cegueira” de gênero que está no fulcro do modelo e que o Programa permite a reprodução generalizada de valores e atitudes conservadoras. Conforme explicou, a desatenção às desigualdades de gênero produz violência institucional e violação de direitos: imposição de laqueadura de trompas a mulheres pobres, julgamento e constrangimento moral de adolescentes grávidas e puérperas, discriminação de profissionais do sexo, gays e lésbicas, etc.

Ela conclui que pensar a igualdade de gênero como um princípio democrático exige mudanças no desenho institucional tanto no que se refere ao formato das políticas quanto no que toca à distribuição dos recursos humanos, financeiros, técnicos e materiais. “Nosso problema, portanto, é muito maior do que a atenção à saúde da mulher e assenta-se no coração das políticas e do sistema de saúde, lá onde se estabelecem os princípios e modelam-se as estruturas”, disse.

Para a deputada federal Maninha (PT/DF), o PSF depende muito da vontade política para a inserção do recorte de gênero. A parlamentar relatou a experiência com o programa no DF, entre 1989 a 1997. De acordo com ela, havia uma forte busca pela transversalidade e as equipes submetidas a um treinamento específico. Ela ainda ressaltou que havia muita disputa entre profissionais da rede e do programa.

Segundo Maninha, houve plenárias com a população para a aceitação do programa chamado Saúde em Casa. Ela concorda que os governo local encontrou muita dificuldade para vencer a lógica materno-infantil. “Por que não haver atenção à saúde das mulheres e crianças em vez de atenção à saúde de mães e crianças?”, questionou. Ela ainda destacou a criação do serviço de atendimento à mulher vítima de violência sexual, da Casa Abrigo, do Centro de Saúde voltado para adolescentes e da Casa de Partos, que não vingou no governo posterior.

Para as participantes, o PSF se diz estruturante do SUS, mas não é. Segundo elas/eles, o programa quebra a integralidade, a universalidade e a equidade. Além disso, protestaram contra a formação de equipes com profissionais com vínculos temporários, aviltantes e precários. Ressaltou-se que é melhor organizar um bom centro de saúde com uma equipe permanente.

Para representantes do governo, o PSF introduziu nas políticas de saúde a transversalidade, ao englobar os setores de educação e assistência social. De acordo com elas, as especialidades e os/as profissionais não estavam adequados a uma visão de integralidade das ações que o programa exigia e houve certa dificuldade de integração da rede de programas com a rede institucional. No entanto, afirmam que aconteceram vários avanços – como a implementação de programas para mulheres vítimas de violência e a construção de centro de referência em saúde para adolescentes – mas ainda não houve tempo para avaliar o PSF.

As representantes do governo também reconhecem que é preciso avançar na discussão do PSF; trabalhar com treinamento intensivo para capacitar profissionais para que tenham a percepção das especificidades do programa e suas demandas; modificar a visão de que a rede tenha que atuar numa lógica materno-infantil.

MESA 3

VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

A terceira mesa do Fórum tratou de um tema preocupante para os movimentos feminista e de mulheres: **a violência contra as mulheres**. As/os panelistas e participantes debateram a notificação compulsória, os serviços de atendimento à violência sexual, a atenção ao aborto previsto em lei, os serviços de referência para as mulheres em situação de violência, a capacitação das/os profissionais que atendem essas mulheres e as medidas legislativas referentes.

A coordenadora da mesa foi Ana Paula Portella, do SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia e as relatoras das discussões foram Dora Porto, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética (NEPeB) da Universidade de Brasília (UnB) e Lia Zanotta, do Núcleo de Estudos e Pesquisa da Mulher (NEPeM) da UnB e da AGENDE.

Dentre as panelistas estavam:

- ✓ Suely de Oliveira, subsecretária da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM)
- ✓ Juliana Márcia Barroso, representante da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça

- ✓ Neuza Ramos, da Rede de Atendimento de Mulheres em Situação de Violência do Mato Grosso do Sul
- ✓ Deputada federal Jandira Feghali (PCdoB/RJ), relatora do PL 4.559/2004 sobre violência doméstica
- ✓ Elizabeth Garcez, do Consórcio de ONGs para a elaboração do anteprojeto de lei de violência doméstica

Políticas públicas de combate à violência

A deputada federal Jandira Feghali (PCdoB/RJ), relatora do PL 4.559/2004 sobre violência, começou a sua fala dizendo que sempre que se debate essa questão gera-se o sentimento de impotência. Segundo ela, a dependência, num país presidencialista, das decisões do Executivo é muito grande e envolve problemas orçamentários, vontade política, aspectos muito abrangentes e complexos, inclusive culturais e econômicos.

Nesse sentido, a palestrante citou a “violência da omissão”. Para ela, a omissão de quem detém o poder de fazer é muito grave, principalmente quando decorre da falta de prioridade ou muitas vezes de uma limitação. Logo, a parlamentar defendeu que a primeira bandeira do enfrentamento à violência contra as mulheres deve ser a anulação do contingenciamento de recursos. Feghali ainda questionou: “será que essa política é tratada como prioritária, na medida em que não há recurso para a sua implementação?”.

Em contraponto, Suely de Oliveira assegurou que há uma ampla articulação nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. De acordo com a Subsecretária de Relações Institucionais da SPM, têm sido consubstanciadas, entre outras medidas, a apresentação do PL 4.559/2004 sobre violência doméstica; a portaria editada pelo Ministério da Saúde, que institui a notificação compulsória nos casos de violência contra as mulheres atendidas no sistema de saúde; além das campanhas educativas.

Oliveira ainda destacou a compactuação com os governos estaduais e municipais com relação à implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, em que um

dos principais eixos temáticos é o enfrentamento à violência contra as mulheres. Ela salientou que o PNPM define sete prioridades para erradicar essa forma de violência. São elas:

1. Ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência.
2. Revisar e implementar a legislação nacional e garantir a aplicação dos tratados internacionais ratificados visando ao aperfeiçoamento dos mecanismos de enfrentamento à violência contra as mulheres.
3. Promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
4. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência doméstica e sexual.
5. Produzir e sistematizar dados e informações sobre violência contra as mulheres.
6. Capacitar os profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação e assistência psicossocial na temática da violência de gênero.
7. Ampliar o acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita.

Para Suely de Oliveira, a violência contra as mulheres é um problema de saúde pública, de justiça e de Direitos Humanos e por isso o trabalho de enfrentamento é tratado como questão de Governo, e não de um Ministério apenas. Ela, no entanto, notou que os mecanismos e tratados internacionais estão distantes da população.

Juliana Márcia Barros, representante da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça, também prestou contas sobre as ações do órgão no combate à violência de gênero.

Em 2004, a SENASP firmou um convênio com Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para fazer a normalização do fluxo da capacitação dos profissionais (policiais civis e militares) e da estrutura de atendimento às mulheres vítimas de violência. Para isso, as Secretarias realizaram um diagnóstico, o qual revelou que 38% dos profissionais das DEAMs nunca passaram por nenhum tipo de capacitação e 73% não passam há 5 anos.

De acordo com Juliana Barros, a SENASP quer fazer do diagnóstico uma política contínua. O objetivo é realizá-lo anualmente, compilando-o em uma série histórica. A Secretaria pretende ainda ampliar o número de policiais capacitados e está viabilizando um Programa Nacional de Segurança da Mulher, em que as áreas prioritárias serão: prevenção, capacitação e geração de informações.

Dispositivos legais

Ressaltou-se falta de vontade política, salientando-se a ausência de acordos pautados na pluralidade regional para que as Leis e as políticas beneficiem as mulheres.

Quanto à omissão das autoridades competentes, colocou-se como medida a suspensão do contingenciamento orçamentário pois, segundo as panelistas, essa restrição impede a implementação das recomendações dos tratados internacionais, já que os recursos, além de ações legais e administrativas, são fundamentais no combate à violência contra as mulheres.

Destacou-se a necessidade de trazer mais juristas e processualistas da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), juízas/es, advogadas/os de família e penal – para discutir os aspectos legais da violência e sugerir soluções. Levantou-se, ainda, a carência de dados e a necessidade de geração de estatísticas para se ter um panorama da violência contra as mulheres.

Lei 9.099/1995

As palestrantes afirmaram que a Lei 9.099/1995, que faz dez anos, constituiu-se num avanço, pois foi muito positiva a transferência do poder de decisão sobre a violência contra as mulheres da polícia para o judiciário. Elas, no entanto, salientaram que a Lei não é eficiente, pois não protege as mulheres vitimadas, gera impunidade e perpetua a violência.

Problemas apontados:

- A Lei considera o problema da violência contra as mulheres como de menor potencial ofensivo, ou seja, “menos grave”.
- As mulheres agredidas não têm o amparo da defensoria pública.
- A violência é institucionalizada nas conciliações, quando a mulher é desencorajada a levar o processo adiante.
- As penas aplicadas aos agressores, como pagamento de cesta-básica, são ineficazes.

Atualmente, nos casos de conciliação, a mulher não tem defesa. Como ela é a vítima, não há ninguém para apoiá-la naquele momento. Além disso, ela é levada a retirar a queixa.

A advogada feminista Elizabeth Garcez explica que, pela Lei 9.099/1995, o processo não passa da conciliação. Para ela há um crime de representação, pois a mulher, depois de ir à delegacia fazer a denúncia, tem que reafirmar que ela quer continuar o processo. “Isso ela faz na frente do conciliador e é aí que surge toda uma pressão”, protestou. A mulher acaba, então, por retirar a queixa, achando que está fazendo acordo.

Aquela que sofre a violência não tem direito à defesa, porque a defesa não é para a vítima; o agressor é quem detém a defensoria pública. Para a advogada, juntar o juizado civil de família e o juizado penal pode ser uma solução para esse problema. Neuza Ramos, da Rede de Atendimento de Mulheres em Situação de Violência do Mato Grosso do Sul, também concorda que a questão da justiça é um grande nó. “Não existe sensibilização por parte do judiciário”, reclama. Segundo ela, a defensoria voltada para mulheres vitimadas do MS encontra muitas barreiras e esbarra na legislação.

Segundo as panelistas, a questão não é a pena, mas a eficácia de sua aplicabilidade. Para elas, não adianta só falar em prisão para o agressor, pois isso não resolve a violência doméstica conflituosa. “O que a gente percebia do relato das mulheres

vitimadas é que não adiantava só prender o agressor, pois isso não solucionava o problema delas”, advertiu Elizabeth Garcez, a qual lembrou que a questão é mais abrangente, ao envolver separação, guarda dos filhos e pensão.

As palestrantes, no entanto, concordam que não há eficácia em penas pecuniárias. Elas assinalam como uma possível solução, a aplicação de penas alternativas.

PL 4.559/2004

O Projeto de Lei 4.559/2004 sobre violência doméstica, elaborado por um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o qual já tramita no Legislativo, ainda está incompleto, segundo palestrantes e participantes. Segundo elas, o projeto de lei não contemplou todas as propostas do Consórcio - formado por ONG's, juristas e feministas para preparar o anteprojeto.

Avanços relatados

- Avança no aspecto conceitual, não só considerando a violência física, mas abrangendo também outras formas de violência contra as mulheres (psicológica, moral, patrimonial, etc.).
- Prevê o afastamento cautelar do agressor.

Problemas apontados

- Mantém o julgamento da violência doméstica contra as mulheres no âmbito dos Juizados Especiais Criminais (JECRIMs), ou seja, continua a considerá-la como crime de menor potencial ofensivo.
- A proposta também não prevê a obrigatoriedade de uma coleta linear de dados nas delegacias, de um padrão de preenchimento dos Boletins de Ocorrência (BOs).

Elizabeth Garcez, integrante do Consórcio de ONGs para a elaboração do anteprojeto de lei de violência doméstica e membro do Conselho Diretor da AGENDE, contou como

surgiu a proposta. Segundo ela, algumas advogadas feministas perceberam que já hora era de escrever um projeto que contemplasse a questão da violência contra as mulheres. “Começamos a fazer reuniões e estudar a legislação comparada”, disse.

Em 2003, quando o Comitê CEDAW fez uma recomendação para o Brasil promover uma legislação específica a fim de trabalhar esse tema, as advogadas feministas já tinham escrito um esboço, conforme afirmou Elizabeth Garcez. “Veio então a idéia da parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, porque o encaminhamento pelo Executivo tiraria qualquer vício do projeto”, lembrou. Logo, o projeto foi discutido entre a SPM e a sociedade civil organizada, com muitas oitivas em vários seguimentos.

No entanto, o consócio discorda do uso, no projeto, da Lei 9.099/1995, dos Juizados Especiais Criminais. De acordo com a advogada feminista, essa Lei teve um ponto positivo: retirar o processo da delegacia – antes o procedimento era de inquérito – e transferi-lo para o Judiciário. Ela alega, porém, que além de os JECRIMs considerarem a violência doméstica contra a mulher de menor potencial ofensivo, não são eficientes tanto na proteção das vítimas, como na punição dos agressores, o que gera impunidade.

A relatora do PL 4.559/2004 na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, deputada federal Jandira Feghali (PCdoB/RJ), concorda que a violência doméstica contra a mulher não é de menor potencial ofensivo. Para ela, a legislação que se depreende desse conceito tem um rumo então. A parlamentar, no entanto, fez ressalvas ao afirmar que o PL 4.559/2004 progride no campo da prevenção e punição. “Avança no aspecto conceitual, de que a violência não é apenas física, e determina a abrangência da violência contra as mulheres: psicológica, moral, patrimonial”, destaca.

Jandira Feghali ainda salientou que o projeto avança no processo de prevenção e assistência, com o afastamento cautelar do agressor. Para ela, a casa abrigo deve ser uma bandeira secundária, emergencial e transitória. “É um absurdo as mulheres terem que sair com seus filhos enquanto o agressor fica no lar”, protesta.

De acordo com a parlamentar, a sua estratégia de trabalho enquanto relatora do PL 4.559/2004 é apurar os dados existentes na vida concreta das mulheres em situação de violência. Segundo ela, é preciso ouvi-las regionalmente e colher seus depoimentos, a fim de balizar o relatório na realidade do país, em sua heterogeneidade e diversidade.

Durante o debate, as participantes afirmaram que é impossível tratar da violência contra as mulheres sem dados. Para elas, as informações são pré-requisitos para fazer diagnósticos e monitoramentos. Reclamou-se da falta de informações confiáveis e desagregadas por município sobre a situação de vitimização de mulheres e meninas, em especial no que diz respeito aos crimes sexuais.

Elizabeth Garcez lembrou que cada Estado tem rubricas diferentes na hora de fazer suas estatísticas, impossibilitando uma avaliação nacional. Ela sugeriu que o PL 4.559/2004 estabelecesse a padronização de dados e sua alocação em algum setor federal para que se tenha um panorama sobre a violência doméstica contra as mulheres no país.

Dificuldade em realizar o aborto legal

Ao longo do debate, abordou-se o tema do aborto permitido em Lei, em particular no que diz respeito à dificuldade, por parte das mulheres, de exercer esse direito. Um dos principais problemas apontados é que os médicos não o fazem por objeção de consciência, também prevista por Lei.

Além disso, o programa de aborto legal não avança, pois faltam médicos e hospitais capacitados para realizar a interrupção da gravidez. Jorge Andalaft Neto, presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação Prevista em Lei da FEBRASGO, adverte que o serviço não pode ser feito por um médico apenas; tem que ser institucionalizado. Já a deputada Jandira Feghali alertou que se todo médico alegar foro íntimo religioso na hora de fazer um aborto legal, a questão da laicidade, tanto da instituição como do Estado, se perde.

Neuza Ramos, representante da Rede de Atendimento de Mulheres em Situação de Violência do Mato Grosso do Sul, disse que no seu estado a rede de violência sexual avançou muito, mas também esbarra na questão do aborto legal. “Além de os médicos não fazerem, mesmo com autorização judicial, não há um hospital de referência em Campo Grande”, lembrou.

Questionou-se também o aborto em lésbicas, já que, segundo as participantes, as/os ginecologistas discriminam as lésbicas no atendimento de serviços de saúde. Jorge Andalaft afirmou que é fundamental desenvolver pesquisas para apontar essas e outras deficiências nos serviços de abortamento legal. Para solucionar tantos problemas, foi sugerida uma campanha de sensibilização dos médicos.

Discriminação

Outra forma de violência debatida foi a discriminação de mulheres em situação de maior vulnerabilidade social: negras, quilombolas, indígenas, lésbicas, pobres, rurais, jovens, idosas, deficientes, etc.

De acordo com as palestrantes, é preciso promover a visibilidade das especificidades e assegurar voz para as demandas específicas. Segundo elas, houve melhorias na notificação dos casos de violência, que já incorpora as questões de raça e gênero, e também no acesso às informações, embora a situação dos problemas permaneça.

Rurais

As participantes levantaram o problema da falta de documentação e da dificuldade de acesso a financiamentos e crédito por parte das mulheres rurais. Elas salientaram que existem muitas violências, como essa que é institucional. Exemplificaram-na citando os dados do IBGE, os quais revelam que existem cerca de nove milhões de mulheres rurais que não têm documentos.

Algumas presentes no Fórum asseguram que estão lutando por um crédito especial, já que, segundo elas, a mulher rural tem que pedir licença para o marido para fazer o PRONAF Mulher. Elas também querem saber como a violência se dá no meio rural, pois afirmam ter dificuldades em abordar o tema por causa das questões religiosas e culturais. As participantes disseram ser um desafio fazer uma pesquisa nacional por amostragem no meio rural e ainda destacaram a dificuldade de acesso das mulheres rurais às DEAMs e, até mesmo, às delegacias comuns.

Trabalhadoras

Enfocou-se, durante o debate, a discriminação de gênero por parte de muitas empresas que, ainda hoje, não empregam mulheres que têm filhas/os.

Homossexuais

As participantes questionaram a maneira como vem sendo trabalhada a questão da violência contra e entre lésbicas. Para elas, as DEAMs, as casas-abrigo e os outros serviços de atendimento não estão preparados para atender e receber as lésbicas e as mulheres que fazem sexo com mulheres, principalmente as negras e pobres. As lésbicas e bissexuais ainda reclamaram que os profissionais de saúde e educação não as reconhecem e que não esclarecem as formas específicas de prevenção de DSTs.

As lésbicas se sentem invisibilizadas e querem estar presentes nos discursos dos movimentos feminista e de mulheres. Elas afirmaram que é muito importante que haja notificação de orientação sexual nos atendimentos feitos nas delegacias, nos hospitais, etc.

O Governo Federal, em 2003, criou uma comissão contra discriminação para receber denúncias de violação de direitos humanos com base na orientação sexual, ponderou Suely de Oliveira. Ela também lembrou a criação da Frente Parlamentar pela Livre Expressão Sexual e que o Ministério da Saúde tem ações específicas voltadas para as mulheres lésbicas. A SENASP também têm treinamentos para policiais, os quais incluem o combate à discriminação sexual.

Mulheres vitimadas por padres

Debateu-se as violências sexuais contra mulheres cometidas por padres. Notou-se que a Igreja os protege e, em contrapartida, desqualifica as vítimas. As participantes salientaram, então, a necessidade de dar visibilidade a esses crimes. Assim, as mulheres vitimadas se sentirão mais encorajadas a denunciar. Segundo relatos, elas não querem dar visibilidade aos casos, porque sabem que se tornarão réis: serão moralmente julgadas e penalizadas pela comunidade. Destacou-se a importância de se colocar a questão dos direitos e da punição para o agressor nas campanhas de erradicação da violência contra mulheres.

Fiscalização

Foram problematizadas, durante a discussão, a implementação e a fiscalização das políticas públicas específicas no âmbito dos estados e municípios. Para a deputada Jandira Feghali (PCdoB/RJ), a burocratização dos órgãos públicos é grave.

Segundo ela, não há controle dos recursos repassados para os estados e municípios. “A intervenção no sistema de saúde pública do Rio de Janeiro é resultado disso: tem a gestão criminosa do município, mas também há uma certa omissão do controle da gestão”, contestou. Na saúde, ela afirma que propôs uma lei de responsabilidade sanitária.

Rede de Serviços

Havia um consenso de que a rede de serviços prestados às mulheres em situação de violência tem que ser tornar um espaço de escuta e atendimento, o qual deve ser humanizado e individualizado.

Falou-se da importância do salto qualitativo e quantitativo das casas abrigo, das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher e coordenadorias da mulher. No entanto, argumentou-se que é necessário, e fundamental, normatizar o fluxo, a infra-estrutura e o funcionamento dos órgãos dessa rede e, principalmente, capacitar, permanentemente, as/os profissionais que fazem atendimento direto às mulheres.

DEAMs e delegacias comuns

A pesquisa Perfil Organizacional das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher, realizada pela Secretaria de Segurança Pública (SENASP) do Ministério da Justiça, em 2004, e apresentada no Fórum de Discussão revela que:

- A maioria das DEAMs localiza-se no Sudeste
- 40% delas estão em SP
- 30% das DEAMs não possuem sala de triagem
- 75% não possuem salas destinadas à assistência social
- 68% não possuem salas de atendimento psicológico
- 59% não possuem salas destinadas à orientação jurídica
- Não há articulação das DEAMs com as casas abrigo, ONGs e SOSs que prestam atendimento às mulheres em situação de violência.
- 75% dos casos atendidos são de mulheres vítimas de estupro
- 5% dos profissionais das DEAMs acreditam que se deve aumentar o número dessas delegacias
- 80% acham que se deve reestruturar as DEAMs que já existem
- 83,6% acham necessário aumentar o n° de profissionais nas DEAMs
- 69% do efetivo das DEAMs é de mulheres
- 38% dos funcionários nunca passaram por capacitação

Reclamou-se da inexistência de capacitação específica para as DEAMs e da discrepância de dados relativos à violência contra as mulheres. Segundo as participantes do Fórum, também não há parâmetros para a coleta desses dados. Para elas é preciso haver uniformidade a partir de um padrão de preenchimento dos Boletins de Ocorrência (BOs) .

Juliana Márcia Barroso, representante da Secretaria Nacional de Segurança Pública, afirmou que o órgão está se esforçando para capacitar policiais civis e militares. Uma das soluções vislumbradas pela Secretaria são cursos de especialização em

universidades, os quais serão voltados para os profissionais das delegacias e terão em suas grades curriculares matérias sobre gênero e violência contra as mulheres.

Ela também lembrou que a SENASP elaborou kits para as DEAMs, os quais continham veículo, armamento não-letal, colete balístico, computador, impressora, TV e vídeo. A perspectiva, conforme afirmou Juliana Barroso, é atingir 200 delegacias até 2006. Algumas feministas presentes no evento criticaram o recebimento, pelas DEAMs, apenas de equipamento não-letal e interpretaram essa ação como uma forma de machismo nas políticas públicas.

Casas Abrigo e Centros de Atendimento às Mulheres

As panelistas salientaram que as casas abrigo são fundamentais para que as mulheres as quais sofrem ameaças de morte e não têm quem as acolha rompam o ciclo de violência e melhorem suas vidas. No entanto, denunciaram que, atualmente, as casas abrigo funcionam como depósitos de mulheres.

Elas defenderam que esses abrigos devem ter um caráter transitório e devem ser integrados a outros serviços e políticas públicas como, por exemplo, cotas preferenciais para o acesso a emprego e moradia.

A coordenadora da Casa Abrigo para Mulheres em Risco de Mato Grosso do Sul, Neuza Ramos, mostrou a experiência da rede de serviços no seu Estado. De acordo com ela, o Mato Grosso do Sul avançou muito nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres com a criação da Casa Abrigo, do Centro de Atendimento, da Rede de Atendimento, da Coordenadoria da Mulher, etc.

De acordo com ela, o Centro de Atendimento de Campo Grande, além de oferecer os atendimentos psicológico e social, o SOS e ouvidoria, tem uma parceria com a “defensoria pública de defesa da mulher”, que presta serviço dentro do espaço de

atendimento. O Centro possui diversos projetos preventivos e educacionais nas comunidades, com espaços de discussão e grupos de teatro.

Neuza Ramos alertou para o fato de que nenhuma instituição mantém uma política de enfrentamento à violência no isolamento, por isso é preciso trabalhar em rede. “É para trabalhar em rede, o Centro de Atendimento é quem articula com ongs e diversos organismos do governo”, salientou.

A representante da Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência do Mato Grosso do Sul destacou ainda que, se não houver a rede de apoio e serviços, a Casa Abrigo acaba por se tornar um depósito de mulheres, as quais saem de lá da mesma forma que entraram.

A Rede, então, é fundamental para que haja os encaminhamentos necessários para atingir um objetivo maior, que é fazer com que as mulheres consigam romper com o ciclo de violência e refazer suas vidas.

Saída das situações de violência

Ressaltou-se que o medo, a vergonha e a invisibilidade requerem mais ações concretas para que as mulheres possam romper com o ciclo de violência. Dentre essas ações, citou-se o fortalecimento da auto-estima e o empoderamento das mulheres; a prevenção da violência; afastamento cauteloso do agressor; investimento nos centros de atendimento e nas delegacias de mulheres; formação, passando por sensibilização, dos profissionais da rede de serviços, dentre eles saúde e segurança; além de políticas públicas eficazes.

Em relação às políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres, Neuza Ramos lamentou não avançarmos na questão da moradia para mulheres egressas das Casas Abrigo. “Não conseguimos garantir cotas. A casa e o trabalho são fundamentais para que essas mulheres possam mudar de vida”, disse com veemência.

Ela ainda afirmou que quando há capacitação para as mulheres que estão na Casa Abrigo de Campo Grande/MS são elaborados currículos para que elas possam pleitear um emprego. O serviço de apoio, então, distribui esses currículos. Mas, segundo Neuza Ramos, as instituições e o mercado de trabalho em geral têm muito preconceito com as mulheres vitimadas, em especial aquelas que têm filhos, o que dificulta as mudanças necessárias nas vidas dessas mulheres.

MESA 4

CONTROLE SOCIAL E MONITORAMENTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES

A quarta mesa do Fórum de Discussão debateu o **Controle Social e Monitoramento das Políticas de Saúde para as Mulheres**. Destacou-se o Plano Nacional de Saúde, o orçamento, os sistemas de informações e dados e as medidas legislativas cabíveis.

A coordenação das discussões ficou sob responsabilidade de Ana Alice Costa, integrante da Rede Feminista Norte/Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher (REDOR) e a relatoria foi entregue a Clair Castilho, membro da Rede Feminista de Saúde.

Dentre as/os palestrantes estavam:

- ✓ Ela Wiecko, Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão
- ✓ Luiz Antônio Nolasco de Freitas, da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde
- ✓ Sílvia Marques Dantas, integrante do Conselho Nacional de Saúde e da Rede Feminista de Saúde

- ✓ Lúcia Xavier, assessora da Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESC/Brasil
- ✓ Luciana Lima, representante da deputada federal Iriny Lopes (PT-ES), presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados

PPA e Orçamento

Notabilizou-se a discussão do Plano Plurianual (PPA) como elemento fundamental para o monitoramento da implementação das políticas públicas. Sublinhou-se que deve haver a sensibilização dos gestores para a necessidade de rubricas para políticas específicas. As participantes notaram que, no entanto, falta poder para as instâncias de controle social.

Levantou-se também a questão do orçamento participativo enquanto espaço democrático, o qual possibilitou diversas conquistas. Citaram o monitoramento das políticas públicas a partir do ciclo orçamentário como medida efetiva de controle social.

Para as participantes é preciso fazer algumas mudanças cruciais como remodelar a maneira como o orçamento é elaborado e implementado, além de tornar a linguagem orçamentária mais acessível. Luiz Antônio Nolasco de Freitas, representante da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, concordou que a questão do financiamento das ações da saúde não deve ser uma apropriação exclusiva de economistas, contabilistas, etc. “Ela deve ser apropriada pelo conjunto dos profissionais que atuam com a saúde e pela população”, destacou.

Para isso que isso aconteça, conforme explicou, é necessário sair de armadilhas próprias do processo contábil. Segundo ele, essa percepção tem sido tratada num grupo de trabalho criado pelo MS no sentido de fazer um estudo de pulverização das rubricas orçamentárias, quanto à transferência de recursos para estados e municípios.

Luiz Nolasco ainda citou o equivocado conceito de equidade no financiamento. De acordo com ele, é muito comum no processo de planejamento a associação entre o maior contingente populacional e a maior destinação de recurso. “Então, onde tem menos gente e menos estrutura haverá menos recursos e, dessa forma, não há como reverter o quadro de desigualdade”, explicou.

Plano Nacional de Saúde, SUS e planejamento orçamentário

Representantes do Ministério da Saúde destacaram a necessidade de compatibilizar o PPA com as diretrizes, metas e objetivos do Plano Nacional de Saúde. Ressaltou-se, durante o debate, que é preciso fortalecer, consolidar e estabelecer o diálogo entre gestores públicos e comunidades.

Segundo Luiz Antônio Nolasco de Freitas, há uma grande dificuldade na conversão da linguagem de planejamento de governo para a linguagem de planejamento do Serviço Único de Saúde (SUS) e isso dificulta o entendimento da sociedade.

O representante do Ministério notou que órgão, juntamente com Conselho Nacional de Saúde, iniciou uma metodologia de avaliação da execução orçamentária, em quatro categorias: satisfatória, regular superior, regular inferior e insatisfatória. Ele afirmou, porém, que essa metodologia foi insuficiente, apesar do avanço que representou, e citou como exemplo a dificuldade de abastecimento de preservativos nas unidades de saúde, ainda que a execução orçamentária tenha sido alta.

Foi elaborada, então, uma planilha para compatibilizar o Plano Plurianual com as diretrizes e metas do Plano Nacional de Saúde. “Percebemos a insuficiência do PPA no sentido de dar vazão às demandas e especificidades do SUS”, afirmou. Nolasco acredita que, dessa forma, pode-se fugir do olhar estritamente contábil e começar a acompanhar o orçamento na perspectiva do cumprimento de metas, além de facilitar o entendimento e a compreensão por parte da sociedade.

Luiz Nolasco salientou que, pela primeira vez na história do SUS, a gestão federal elabora um Plano Nacional de Saúde, composto basicamente por uma análise situacional, ou seja, considerando os vários recortes, um conjunto de diretrizes e metas, com determinação de prioridades.

Sílvia Marques Dantas, integrante do Conselho Nacional de Saúde e da Rede Feminista de Saúde, advertiu que o MS constituiu uma Secretaria de Gestão Participativa, criada numa perspectiva de democratizar a gestão, mas que ainda não conseguiu definir suas diretrizes. Ela ainda destacou que o paradigma da universalidade no SUS, trazido para o campo do controle social, despolitiza. “Valoriza-se as políticas universais e a questão de equidade é pouco trabalhada”, afirmou.

O SUS tem sofrido um profundo ataque e isso tem fragilizado os seus princípios e a sua atuação. Esse foi o alerta feito por Lúcia Xavier, assessora da Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESC/Brasil. Ela explica que, inicialmente, parece que esse combate ao SUS só afeta uma política voltada para pobres, mas que se “levamos em consideração que 70% do sistema é utilizado por mulheres, de fato, isso afeta os direitos das mulheres”.

As participantes sugeriram o descolamento do Programa Saúde da Família (PSF) das demais ações do Sistema Único de Saúde. Reclamaram que há precariedade nos contratos e que a estrutura dos serviços é ineficiente. De acordo com elas, o governo federal alocou recursos, porém os profissionais não são contratados e capacitados e as políticas são descontínuas.

Atuação do Ministério Público

A Subprocuradora Geral da República e Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão, Ela Wiecko, afirmou que o Ministério Público não faz controle social. Ela, no entanto, ponderou que uma das atribuições do MP é zelar pelos serviços de relevância pública e que há a possibilidade de penalizar civil e penalmente os gestores públicos. “Isso dá uma grande força ao MP, que passa a ser convidado para participar na formulação de políticas públicas e nas discussões sobre orçamento”, lembrou.

Foram citadas algumas iniciativas de controle social por parte do MP, como o estímulo à criação de conselhos municipais e estaduais de saúde e de assistência social, além da proteção e reparação dos Direitos Humanos, a fim de efetivar o controle social no país. Ela ressaltou que a preocupação do MP, no entanto, é mais patrimonial, relacionada à fiscalização do desvio de recursos.

Ela Wiecko salientou que as ações para assegurar uma política de saúde para as mulheres ainda não são um problema visível para o Ministério Público, sendo fundamental uma sensibilização sobre o assunto. Wiecko sustenta que o MP tem dificuldade de perceber as desigualdades de gênero e raça, principalmente em relação às questões de saúde. Segundo ela, faz-se necessária, ainda, uma progressiva institucionalização da política de Direitos Humanos no MP.

A Subprocuradora Geral da República notou que, atualmente, há um grupo de trabalho em saúde na Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC), o qual atua no sentido de assegurar que os recursos de nível federal se dêem dentro da porcentagem mínima exigida pela Constituição Federal.

Ela Wiecko também lembrou que existe uma comissão provisória no MP para fazer uma política de direitos humanos e que há uma comissão de saúde, no âmbito do Conselho Nacional de Procuradores Gerais de Saúde, que está trabalhando para apresentar um plano de atuação do MP com relação à saúde.

Monitoramento pelo Legislativo

Luciana Lima, representante da deputada federal Iriny Lopes (PT/ES), presidente da Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM) da Câmara dos Deputados, mencionou a aproximação entre a Comissão e a Bancada Feminina. A intenção é criar um espaço de debate sobre as demandas dos movimentos sociais e as políticas públicas em curso.

Ela, porém, revelou a dificuldade que a Comissão encontra para o monitorar os programas e políticas nos estados e municípios. A partir dessa ponderação, conforme

disse Luciana Lima, surgiu a necessidade de reeditar as Caravanas de Direitos Humanos, priorizando a área de saúde com visitas surpresas aos hospitais.

O compromisso assumido pela CDHM, por meio de sua representante, foi observar se as recomendações dos Comitês CEDAW e DESC estão sendo aplicadas nas unidades do SUS. Uma opção apresentada foi a designação de um/a deputado/a que tenha afinidade com o tema para fiscalizar, portanto, o cumprimento dessas recomendações durante as visitas aos hospitais. Luciana Lima ainda lembrou a existência de uma subcomissão da mulher na CDHM/CD.

Controle social

Palestrantes e participantes consideraram o controle social como ponto central para que as políticas sejam efetivas e afirmaram que é necessário que os movimentos feminista e de mulheres se fortaleçam no sentido de criar uma sinergia para o monitoramento – com recorte de gênero e raça – de políticas, programas e orçamento.

Para Sílvia Marques Dantas, integrante do Conselho Nacional de Saúde e da Rede Feminista de Saúde, o controle social é um processo em construção no qual existem muitos desafios, tanto do ponto de vista das mulheres, quanto do ponto de vista da construção de uma democracia participativa. E essa democracia participativa, segundo ela, é uma disputa porque mexe com sujeitos políticos. “É muito menos procedimental que política”, afirmou.

De acordo com Sílvia Dantas, apesar de haver uma Lei que regulamenta o SUS e garante a participação da população, historicamente o Brasil sempre foi um país positivista, em que o controle era do Estado sobre a população e não o contrário.

A maioria dos instrumentos de controle social só é acionada após as violações, conforme se queixou Lúcia Xavier, assessora da Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESC/Brasil. Segundo ela, isso significa que não há um monitoramento instituído das ações do SUS, quer seja pelos Conselhos de Saúde, quer seja pelo MP.

Para ela, quem realmente faz o controle social e o monitoramento de políticas públicas são os movimentos sociais, em especial os feminista e de mulheres. “São eles que assumem e instrumentalizam as denúncias e as colocam em instâncias de discussão do Executivo, do Legislativo e do Judiciário”, salientou.

Lúcia Xavier ainda ressaltou que são os movimentos feminista e de mulheres que também arcam com as conseqüências que a denúncia da violação causa, como o ataque frontal, dificuldade de diálogo e, sobretudo, um profundo desrespeito a ação desses grupos. “Se não fosse esse forte potencial de monitoramento dos movimentos, o sistema teria sofrido outros danos mais graves e não teria conseguido cumprir seu papel de garantir o direito à saúde”, afirmou.

Alertaram que é preciso avaliar como se inserem as mulheres que participam do controle social, qual o lugar delas nas instâncias de controle, o aumento da carga de obrigações familiares e as responsabilidades assumidas por elas na família e na comunidade. Sílvia Dantas notou que nas comissões de fiscalização do orçamento existem mais homens, enquanto as mulheres figuram majoritariamente na fiscalização de serviços.

Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde

Iniciativa da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais (Plataforma DhESC/Brasil), a Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde adota metodologia nos moldes daquelas utilizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e figura como instrumento de controle social e de monitoramento das ações do governo. É geralmente acionada após as violações.

O primeiro mandato da relatoria de saúde, que teve como relatora Eleonora Menicucci e assessora Lúcia Xavier, funcionou por dois anos. O mandato foi construído com organizações feministas, anti-racistas, de saúde, com representantes do Conselho Nacional de Saúde e teve como organização base a Rede Feminista de Saúde. Inicialmente, o mandato tratou de vários temas relacionados à saúde, como mortalidade

materna, saúde mental, atendimento às mulheres em situação de abortamento, a distribuição dos recursos orçamentários na saúde, a situação física do sistema de saúde, o desenvolvimento do SUS, etc.

Segundo a assessora da relatoria, Lúcia Xavier, todo o trabalho tinha como base os princípios constitucionais, as convenções e as normas internacionais e, especialmente, os princípios preconizados pelo SUS. Ela afirma que a relatoria buscou transversalizar as dimensões de gênero e raça na leitura das violações ao direito à saúde e apontou algumas intersecções relativas a essas especificidades nas denúncias. “Atuamos em três estados, oito municípios e elaboramos dois relatórios”, contou.

O primeiro relatório foi apresentado no Comitê DESC da ONU e serviu de peça para a avaliação do governo brasileiro. Muitas recomendações feitas pelo Comitê têm base nesse trabalho. Esse documento revelou que houve, no que diz respeito ao direito das mulheres, um profundo aumento das violações e das violências raciais, homofóbicas e de gênero, especialmente no atendimento à saúde, na divisão de recursos e na falta de leitos.

A assessora da Relatoria explica que há diversas políticas públicas em que os recortes de gênero e raça estão presentes, mas na prática não há sensibilidade no processo de atendimento. Segundo ela, há uma falta de percepção das usuárias sobre o estado de violência que elas estão vivendo na hora do atendimento. Além disso, o racismo tem sido um dos maiores agravantes da mortalidade de mulheres negras e conseqüentemente da falta de acesso à saúde, conforme explanou.

Para Lúcia Xavier, todos entendem quando a Constituição Federal diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, mas se perdem numa infinidade de leis e regras estabelecidas. Logo, na medida em que se faz o monitoramento, são necessárias violações para que se possa acionar a Constituição. “A maioria das denúncias esbarra na lentidão dos Governos em garantir e promover o direito das mulheres à saúde”, contestou. Segundo ela, alguns dos casos analisados pela Relatoria passavam de 15 anos de debate sem que tivessem nenhuma resolução.

MESA 5

REAFIRMANDO AS RECOMENDAÇÕES

A finalidade da última mesa do Fórum foi **reafirmar as recomendações** do Comitê para Eliminação da Discriminação contra a Mulher - CEDAW e do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - DESC na área de saúde das mulheres, além de sintetizar as considerações e definir o encaminhamento dos debates.

A coordenação da mesa ficou sob a responsabilidade de Marlene Libardoni e Rosana Alacantâra, diretora e coordenadora, respectivamente, das ONGs AGENDE e ADVOCACI, responsáveis pela realização do evento.

Nesta mesa, abriu-se espaço para a fala das relatoras das mesas que se antecederam. Sintetizaram-se os debates anteriores para que um novo debate acerca das ações a serem desenvolvidas pelos movimentos sociais, em especial os movimentos feminista e de mulheres, pelas/os profissionais de saúde, pelas/os agentes governamentais e pelas/os operadores do Direito, a fim de garantir a implementação dos tratados e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário. As questões reafirmadas na mesa foram incorporadas, neste relatório, nas mesas específicas.

Seguem as estruturas das mesas um, dois, três e quatro:

Mesa 1

Relatora: Maria José Rosado Nunes - Católicas pelo Direito de Decidir

Tema: Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Subtemas: Mortalidade Materna

Aborto

Planejamento Familiar

Educação Sexual

Medidas Legislativas (aborto)

Mesa 2

Relatora: Lúcia Xavier - Plataforma DhESC/Brasil

Tema: Transversalidade de Gênero e Políticas Específicas de Saúde

Subtemas: Políticas específicas: acesso das mulheres aos serviços de saúde,

Ações voltadas para mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

DST/HIV/Aids

Programa Saúde da Família

Mesa 3

Relatora: Lia Zanotta – NEPeM/ UnB/AGENDE e Dora Porto – NEPeB/UnB

Tema: Violência contra as Mulheres

Subtemas: Notificação compulsória da Violência contra as Mulheres

Serviços de atendimento à violência sexual

Atenção ao aborto previsto em Lei

Serviços de referência das mulheres em situação de violência

Capacitação das/os profissionais que atendem as mulheres em situação de violência

Medidas legislativas

Mesa 4

Relatora: Clair Castilho – Rede Feminista de Saúde

Tema: Controle Social e Monitoramento das Políticas de Saúde para as Mulheres

Subtemas: Plano Nacional de Saúde (orçamento)

Sistemas de informações e Dados

Medidas Legislativas

ANEXOS

FÓRUM DE DISCUSSÃO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DOS COMITÊS CEDAW E DESC NA ÁREA DE SAÚDE DAS MULHERES



PROGRAMA

Local

Auditório da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19 - Brasília – DF

Data

04 e 05 de abril de 2005

Horário

04 de abril - das 14h às 19h
05 de abril - das 9h às 17h30

Promoção

AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento
ADVOCACI - Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
Rede Feminista de Saúde – Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Diretos Reprodutivos
SOS Corpo – Instituto Feminista para a Democracia
Relatoria Nacional Direito Humano à Saúde – Projeto Relatores Nacionais - Plataforma DhESC/Brasil
Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro

Realização

AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento
ADVOCACI - Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos

Parceria

Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA
Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

Apoio

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM da Presidência da República
Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP do Ministério da Justiça

Objetivo

O Fórum tem por objetivo promover e avaliar o cumprimento das recomendações dos Comitês CEDAW e DESC pelo Estado brasileiro. Será constituído de 4 mesas sobre temas específicos e uma mesa final de recomendações. Cada convidada/o terá 10 minutos para levantar questões e demandas com vistas a suscitar o debate, além de sugerir medidas efetivas para o cumprimento das referidas recomendações, seguido de questões por parte das/dos participantes. Na mesa de recomendações, as reladoras das mesas específicas apresentarão uma síntese das principais questões e recomendações levantadas.



04 de abril

14h às 15h

Mesa de
Abertura

Marlene Libardoni - AGENDE Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento
Rosana Alcântara - ADVOCACI – Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos
Ministra Nilcéa Freire – Secretária Especial de Políticas para as Mulheres - SPM
Tereza de Jesus Campos Neta – Representante do Ministro da Saúde Humberto Costa
Tânia Patriota - Representante do Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA
Horácio Toro - Representante da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS
Fátima Oliveira - Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

15h às 16h45

Mesa 1

Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Subtemas: Mortalidade Materna
Aborto
Planejamento Familiar
Educação Sexual
Medidas Legislativas (aborto)

Relatora: **Maria José Rosado Nunes** – Católicas pelo Direito de Decidir

Coordenadora: **Elizabeth Garcez** – Conselho Diretor da AGENDE

Mônica Mulatinho – Coordenadora do Núcleo de Apoio à Saúde do Adolescente da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Deputado Federal Roberto Gouveia (PT/SP) – Autor PL 21/2003 (descriminalização do aborto)

Jorge Andalaft Neto – Presidente da Comissão Nacional Especializada em Violência Sexual e Interrupção da Gestação prevista por lei da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO

Rurany Ester Silva – Área Técnica da Saúde da Mulher – Ministério da Saúde

Ana Paula de Andrade Lima Viana - Jornadas Brasileiras pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro

16h45 às 19h

Mesa 2

Transversalidade de Gênero e Políticas Específicas de Saúde

Subtemas: Políticas específicas: acesso das mulheres aos serviços de saúde, ações voltadas para mulheres em desvantagem social, da Região Norte, rurais, indígenas, jovens, idosas, lésbicas, afrodescendentes e com deficiência

DST/HIV/Aids

Programa Saúde da Família

Relatora: **Lúcia Xavier** – Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde - Plataforma DhESC/Brasil

Coordenadora: **Sueli Carvalho** – Rede Nacional de Parceiras Tradicionais

Suely de Oliveira - Secretária Especial de Políticas para as Mulheres - SPM

Tereza de Jesus Campos Neta – Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPE do Ministério da Saúde

Afra Suassuna Fernandes – Departamento de Atenção Básica à Saúde do Ministério da Saúde

Kátia Guimarães - Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde

Deputada Federal Maninha (PT-DF)

19h – Confraternização

05 de abril

9h às 10h45

Violência contra as Mulheres

Subtemas: Notificação compulsória da Violência contra as Mulheres
Serviços de atendimento à violência sexual
Atenção ao aborto previsto em lei (IML)
Serviços de referência das mulheres em situação de violência
Capacitação das/dos profissionais que atendem as mulheres em situação de violência
Medidas legislativas

Mesa 3

Reladoras: **Lia Zanotta** - Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher - NEPeM- UnB e AGENDE

Dora Porto - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Bioética –NEPeB- UnB

Coordenadora: **Ana Paula Portella** – SOS Corpo – Instituto Feminista para a democracia

Suely de Oliveira - Secretária Especial de Políticas para as Mulheres - SPM

Juliana Márcia Barroso – Secretária Nacional de Segurança Pública - SENASP do Ministério da Justiça

Neuza Ramos - Rede de Atendimento de Mulheres em situação de Violência do Mato Grosso do Sul

Deputada Federal Jandira Feghali (PCdoB/RJ) – Relatora PL 4559/2004 (violência doméstica)

Elizabeth Garcez – Consórcio de ONGs para elaboração de um anteprojeto de lei de violência doméstica

10h45 às 11h – Coffee Break

11h às 12h30

Controle Social e Monitoramento das Políticas de Saúde para as Mulheres

Subtemas: Plano Nacional de Saúde (orçamento)
Sistema de Informações e Dados
Medidas Legislativas

Mesa 4

Relatora: **Clair Castilho** – Rede Feminista de Saúde

Coordenadora: **Ana Alice Costa** - Rede Feminista Norte/Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher - REDOR

Luiz Antônio Nolasco de Freitas - Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde

Dra Ela Wiecko – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão

Deputada Federal Iriny Lopes (PT/ES) - Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados

Sílvia Marques Dantas – Conselho Nacional de Saúde e Rede Feminista de Saúde

Lúcia Xavier – Relatoria Nacional pelo Direito Humano à Saúde - Plataforma DhESC/Brasil

12h30 às 14h – Almoço

14h às 17h

Mesa 5

Reafirmando as Recomendações

Coordenação: **Marlene Libardoni** – AGENDE
Rosana Alcântara – ADVOCACI

Relatora Mesa 1: **Maria José Rosado Nunes** – Católicas pelo Direito de Decidir

Relatora Mesa 2: **Lúcia Xavier** - Plataforma DhESC/Brasil

Reladoras Mesa 3: **Lia Zanotta** - NEPeM / AGENDE

Dora Porto – NEBeB - UNB

Relatora Mesa 4: **Clair Castilho** - Rede Feminista de Saúde

17h30 - *Coffee Break* e Encerramento



FÓRUM DE DISCUSSÃO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES DOS COMITÊS CEDAW E DESC NA ÁREA DE SAÚDE DAS MULHERES

SUBSÍDIOS PARA DISCUSSÃO

Apresentação

O Fórum de Discussão tem como objetivo, por um lado, discutir as Recomendações dos Comitês CEDAW e DESC na área de saúde das mulheres e, por outro lado, avaliar o cumprimento pelo Governo brasileiro dos compromissos assumidos com a ratificação da CEDAW e do PIDESC. Nesse sentido, foram reunidas, neste documento, algumas informações consideradas relevantes para subsidiar a fala das/os expositoras/es e o debate com as/os demais participantes.

Constituem-se, do nosso ponto de vista, o Plano Nacional de Saúde de 2004 e o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Segurança Pública três instrumentos fundamentais para o cumprimento das recomendações dos comitês CEDAW e DESC pelo Estado Brasileiro. Assim, selecionamos, com base nos diversos temas que compõem as mesas deste Fórum, alguns conteúdos dos três Planos com o intuito de suscitar discussões e propostas para a formulação de políticas públicas que, de fato, possibilitem a implementação das recomendações feitas ao Brasil.

O conteúdo dos Planos está organizado de acordo com as temáticas que compõem cada uma das mesas de forma a auxiliar melhor as/os expositoras/es. Para facilitar a identificação e localização do conteúdo nos respectivos Planos indicamos a estrutura dos endereços originais dos Planos, mesmo nos casos em que o texto não se encontra reproduzido na íntegra.

Além do Plano Nacional de Saúde, do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e do Plano Nacional de Segurança Pública sugerimos também outros documentos que consideramos importantes para o embasamento das discussões do Fórum, fornecendo o endereço eletrônico onde o material poderá ser encontrado.

As recomendações dos Comitês CEDAW e DESC na área de saúde podem ser encontradas nas publicações AGENDE: Recomendações do Comitê CEDAW ao Estado Brasileiro (páginas 09 à 14) e Recomendações do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (DESC) ao Estado Brasileiro (páginas 19 a 29).

Mesa 1

Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Capítulo 3 – Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Objetivos

- II. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.

- III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos da vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Metas

- F. Ampliar as ações de Planejamento Familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil, usuárias do SUS, em todos os municípios com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).
- G. Reduzir em 5% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.
- H. Reduzir em 15% a razão de Mortalidade Materna no Brasil, considerando a meta estabelecida no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal lançado em março de 2004.
- K. Aumentar em 30% a cobertura de Papanicolau na população de risco (35 a 49 anos).
- L. Aumentar em 30% o número de mamografias realizadas.

Prioridades

- 3.2 Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, na perspectiva da atenção integral à saúde.
- 3.3 Promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras.
- 3.5 Reduzir a morbimortalidade por câncer cérvico-uterino e de mamas na população feminina.
- 3.6 Revisar a legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez (constituir comissão tripartite, com representantes do poder executivo, poder legislativo e sociedade civil para discutir, elaborar e encaminhar proposta de revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez).

Plano Nacional de Saúde

Item III - Objetivos, Diretrizes e Metas em Relação às Condições de Saúde

Promoção da Atenção Integral à Saúde da Mulher

- A política nacional de atenção integral à saúde da mulher será desenvolvida em efetiva articulação intra e intersetorial. Ampliando o leque de ações implementadas até o momento, serão contempladas aquelas relacionadas à atenção a mulheres idosas, celíacas, no climatério, negras, indígenas, portadoras de deficiência, em situação de prisão, com necessidades no âmbito da saúde mental, lésbicas e trabalhadoras, com destaque para as residentes no campo.
- Um dos principais alvos será a redução da mortalidade materna, mediante a qualificação e a humanização da atenção ao parto, ao nascimento e ao aborto legal. Nesse âmbito, estarão as medidas destinadas a assegurar à gestante o direito ao acompanhamento antes, durante e depois do parto, incluindo alojamento conjunto.

- Uma das estratégias para a redução da mortalidade materna consistirá na implantação de comitês de estudo e prevenção desse evento em todos os municípios com população acima de 50 mil habitantes.
- Será promovida também a capacitação intensiva dos profissionais, de modo a prover a adequada atenção obstétrica e neonatal, com a definição e a implementação de práticas de atendimento e de humanização específicas. Será objeto de atenção igualmente o estímulo à implementação do planejamento familiar, com a oferta dos meios para tal.
- Entre as medidas a serem implementadas, constarão:
 - 1 - a implantação em todas as capitais e em cerca de 20% das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa Saúde da Família - PSF da atenção qualificada às mulheres com queixas ginecológicas;
 - 2 - a ampliação das ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis de forma a atender progressivamente às necessidades da população de mulheres em idade reprodutiva;
 - 3 - a ampliação da adesão ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento para todos os municípios;
 - 4 - a implementação de centros de referência para assistência à infertilidade em todas as unidades federadas; e
 - 5 - a implantação - em todas as capitais - e a incorporação nas ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da atenção à saúde da mulher no climatério.
- Para impedir o avanço do câncer do colo do útero, deverão ser fortalecidas as ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, que incluem o diagnóstico precoce e o exame Papanicolau e garantem o tratamento adequado da doença e de suas lesões precursoras. A prevenção primária do câncer do colo do útero continuará a focar a necessidade da prática de sexo seguro, a fim de evitar o contágio com o vírus do Papiloma Humano - HPV -, principal fator de risco para o desenvolvimento da doença.
- Já a prevenção secundária, que resulta na detecção precoce da doença, priorizará a realização do exame Papanicolau. Em relação ao câncer mamário, e com o intuito de detectar as lesões malignas mediante o incremento das ações de atenção básica de saúde, será intensificada a realização anual do exame clínico da mama para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. Compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, esse procedimento deverá ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária.
- Deverá também ser promovido o rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos, com intervalo máximo de dois anos, bem como mamografia anual, a partir dos 35 anos de idade, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver a doença.

Mesa 2

Transversalidade de Gênero e Políticas Específicas de Saúde

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Capítulo 3 – Saúde das Mulheres, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Objetivos

- I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.

- IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Metas

- A. Implantar em um município de cada região do país, com equipes de Saúde da Família (SF), a atenção qualificada às mulheres com queixas clínico-ginecológicas; no climatério, adolescentes, na terceira idade, com especial atenção à raça e etnia.
- B. Implantar projetos pilotos de um modelo de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPs).
- C. Implantar a atenção integral à saúde da mulher índia em 10% dos pólos básicos.
- D. Reduzir em 3% a incidência de Aids em mulheres.

Prioridades

- 3.1. Estimular a implantação, na Atenção Integral à Saúde da Mulher, de ações que atendam as necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, abrangendo as mulheres negras; com deficiência; índias; presidiárias, trabalhadoras rurais e urbanas; e com diferentes orientações sexuais; contemplando questões ligadas às relações de gênero.
- 3.4. Promover a prevenção e controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.

Plano Nacional de Saúde

Item III - Objetivos, Diretrizes e Metas em relação às condições de saúde

Promoção da Equidade na Atenção à Saúde da População Negra

- Especial atenção será dada às mulheres e à juventude negras, garantindo o acesso e a permanência desses públicos na área da saúde.
- Capacitação dos profissionais de saúde do SUS para que possam prestar o atendimento adequado, tendo em conta as doenças e os agravos que são decorrentes das condições desfavoráveis vivenciadas pela população negra ou que sobre ela incidem com maior severidade.
- Será assegurada a efetiva participação de representações dessa população no planejamento das ações e no seu monitoramento, consolidada a integração com outras áreas do governo que atuam nesse campo e estabelecida articulação contínua com organizações não-governamentais envolvidas com as questões de combate ao racismo.
- Serão promovidos estudos que subsidiem o aperfeiçoamento da atenção à saúde ou que forneçam respostas às questões relacionadas à saúde da população negra. Para tanto, uma medida relevante consistirá na inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde.

Promoção da Saúde da População Indígena segundo as sua Especificidades

- A estruturação e a operacionalização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI configurarão medidas prioritárias a partir das quais será organizada a atenção integral à saúde dessa população, tendo em conta as suas especificidades e cultura.
- Com o objetivo de evitar o surgimento de surtos e eventos adversos decorrentes das estruturas e dos processos de trabalho na prestação dos serviços de atenção à saúde indígena, serão incorporadas a estes a gestão de riscos sanitários de acordo com suas peculiaridades.

- Serão também promovidas capacitações específicas em vigilância sanitária que possibilitem aos profissionais atuar na orientação do consumo de produtos de saúde (medicamentos, alimentos etc.), contemplando as particularidades de saúde dos índios.
- As ações destinadas à prevenção e ao controle das doenças prevalentes, como a tuberculose, deverão ser objeto de atenção especial, bem como a universalização da cobertura vacinal das crianças menores de cinco anos de idade, ao lado de outras ações específicas com vistas à redução da mortalidade infantil.
- Configurarão prioridades também a capacitação dos profissionais de saúde que atuam junto a essas populações e a adoção de medidas que evitem a rotatividade desses profissionais, mediante, por exemplo, a criação de incentivo específico.

Implementação de Política de Saúde para a População do Campo

- A atenção integral à saúde da população do campo - nesta incluídos os trabalhadores rurais em regime de economia familiar, os trabalhadores rurais assalariados e os acampados - será provida mediante a formulação e a adequação das políticas de saúde existentes de modo a responder às necessidades próprias dessas populações. A política de saúde para esse segmento populacional, decorrente da formulação e adequação referidas, compreenderá seis eixos, a saber:
 - 1 - acesso às ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde, com vistas à integralidade da atenção, em articulação com o gestor estadual e o municipal;
 - 2 - ações de saneamento, de acordo com a Portaria UNASA/MS nº 106, de 4 de março de 2004 (que aprova os critérios e os procedimentos básicos para aplicação de recursos financeiros relativos às ações de saneamento);
 - 3 - assistência farmacêutica, inclusive fitoterápicos, integrando o conhecimento tradicional com a validação científica para a realização dos procedimentos terapêuticos;
 - 4 - educação em saúde e controle social, voltada para a produção da saúde e a emancipação do sujeito;
 - 5 - saúde do trabalhador e saúde ambiental, gerenciando os fatores de risco pela exposição aos agrotóxicos e a outras substâncias químicas, avaliando a qualidade da água, dos alimentos e realizando ações de atenção primária ambiental; e
 - 6 - alimentação e segurança alimentar, concretização do direito humano à alimentação adequada, respeitando e valorizando a cultura local.

Promoção da Saúde do Adolescente e do Jovem de forma articulada com outras Políticas Intersetoriais

- Organizar serviços que atendam às características específicas desse grupo populacional, principalmente no âmbito da atenção básica e das ações de promoção da saúde, incluindo: (1) saúde mental; (2) prevenção e tratamento da drogadição; (3) redução da morbimortalidade por causas externas; (4) vacinação; e (5) assistência de qualidade para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez na adolescência, infecções sexualmente transmissíveis, HIV e Aids, tendo em conta as características específicas desse grupo populacional e suas necessidades de contracepção e de esclarecimento e informação sobre saúde.
- Instituir, reordenar e qualificar o atendimento na rede do SUS a adolescentes e jovens que: (1) vivem em situação de rua; (2) estão em cumprimento de medidas socioeducativas de privação de liberdade, em acampamentos rurais, em aldeias indígenas e em quilombos; e (3) portadores de deficiência ou de transtornos psíquicos, vítimas de agressões ou violência intrafamiliar.
- Uma iniciativa importante na atenção a esse segmento diz respeito à promoção de políticas públicas articuladas que atendam às demandas da população de adultos jovens, como, entre outras: a inserção no mercado de trabalho; a viabilidade econômica e social para que os projetos de futuro desse grupo se

realizem e os jovens possam alcançar competência pessoal e social e ter qualidade de vida.

Promoção da Atenção à Saúde do Idoso voltada à Qualidade de Vida

- Na atenção a esse grupo, deverão ser enfatizadas as iniciativas dirigidas à proteção, à manutenção e à recuperação de sua capacidade funcional, incluindo medidas visando à promoção da qualidade de vida, a um envelhecimento saudável e ativo, para que o idoso permaneça junto a sua família e comunidade o maior tempo possível, com autonomia e independência.
- Capacitação intensiva de profissionais de saúde da rede do SUS, com ênfase na atenção básica e nos serviços de urgência e de emergência, de modo a prover um atendimento geriátrico e gerontológico adequado.
- Ampliação da rede de suporte social, devidamente articulada com os diferentes setores governamentais e não-governamentais. Entre esses, está o Programa Nacional de Cuidadores, que possibilitará um maior suporte aos familiares dos idosos dependentes e permitirá detectar maus-tratos e violência sofridos por esse segmento etário.
- Os profissionais da rede do SUS, em especial, deverão receber capacitação específica para cuidados paliativos ao final da vida, com enfoque na humanização da atenção.
- Plano Integrado de Ações da Política Nacional do Idoso; elaboração de uma cartilha de operacionalização do Estatuto do Idoso, desenvolvida em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Consolidação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

- Consolidação das redes estaduais de reabilitação, de forma descentralizada e hierarquizada, visando reabilitar a capacidade funcional desta pessoa e contribuir para a sua inclusão em todas as esferas da vida social.
- Atendimento à população portadora de deficiência na atenção básica, buscando principalmente a qualidade de vida e a acessibilidade deste segmento aos bens de uso comum a toda a população.
- Desenvolvimento de programas de capacitação de recursos humanos, tanto no âmbito gerencial quanto na formação de profissionais de saúde, para atuarem nas equipes matriciais e na Estratégia de Saúde da Família (ESF).
- Veiculação de campanhas nacionais sobre a prevenção de deficiências; implantação de unidades de reabilitação para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência motora, visual, auditiva e mental; e expansão da rede de serviços extra-hospitalares para pessoas portadoras de deficiência, nestas incluídas as portadoras de autismo.

Mesa 3 Violência Contra as Mulheres

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres Capítulo 4 – Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres

Objetivos

- I. Implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher.
- II. Garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência.
- III. Reduzir os índices de violência contra as mulheres.

- IV. Garantir o cumprimento dos instrumentos internacionais e revisar a legislação brasileira de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Metas

- A. Proceder a um diagnóstico quantitativo e qualitativo sobre os serviços de prevenção e atenção às mulheres em situação de violência em todo o território nacional.
- B. Definir a aplicação de normas técnicas nacionais para o funcionamento dos serviços de prevenção e assistência.
- C. Integrar os serviços em redes locais, regionais e nacionais.
- D. Instituir redes de atendimento às mulheres em situação de violência em todos os Estados brasileiros, englobando os seguintes serviços: Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher, Polícia Militar e Unidades Móveis do Corpo de Bombeiros, Centro de Referência, Casa Abrigo, Serviços de saúde, Instituto Médico Legal, Defensoria Pública, Defensoria Pública da Mulher, e programas sociais de trabalho e renda, de habitação e moradia, de educação, cultura e de justiça, Conselhos e Movimentos sociais.
- E. Implantar serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência em todos os Estados brasileiros e Distrito Federal segundo o diagnóstico realizado e as estatísticas disponíveis sobre a violência em cada região.
- F. Aumentar em 15% os serviços de atenção à saúde da mulher em situação de violência.
- G. Implantar processo de capacitação e treinamento dos profissionais atuantes nos serviços de prevenção e assistência segundo modelo integrado desenvolvido pelo MS/SEPP/IR/SPM e SENASP em todas as unidades da federação, com especial atenção às cidades com maiores índices de violência contra a mulher.
- H. Ampliar em 50% o número de Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher e implantar Núcleos Especializados nas delegacias existentes.

Prioridades

- 4.1 Ampliar e aperfeiçoar a Rede de Prevenção e Atendimento às mulheres em situação de violência.
- 4.2 Revisar e implementar a legislação nacional e garantir a aplicação dos tratados internacionais ratificados visando o aperfeiçoamento dos mecanismos de enfrentamento à violência contra as mulheres.
- 4.3 Promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
- 4.4 Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de violência doméstica e sexual.
- 4.5 Produzir e sistematizar dados e informações sobre a violência contra as mulheres.
- 4.6 Capacitar os profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação e assistência psicossocial na temática da violência de gênero.
- 4.7 Ampliar o acesso à justiça e à assistência jurídica gratuita.

Plano Nacional de Segurança Pública

Capítulo 7 - Violência Doméstica e de Gênero

O Programa Nacional de Prevenção e Redução da Violência Doméstica e de Gênero deverá estimular e apoiar pesquisas que resultem em diagnósticos claros, que permitam conhecer:

- 1) a magnitude da violência doméstica entre nós;
- 2) os recursos com que o Brasil conta, hoje, para fazer face à violência intrafamiliar (sistema de justiça criminal, unidades de saúde, redes de serviço social, iniciativas comunitárias etc.);
- 3) os recursos potenciais para atender a vítimas e agressores, representados por iniciativas governamentais e não governamentais;
- 4) a qualidade do atendimento dispensado pela polícia, pelas unidades de saúde, pelos centros de atendimento, pelos conselhos tutelares, pelos abrigos, pela justiça etc.;
- 5) as percepções e expectativas das vítimas, agressores e profissionais sobre os recursos de atendimento, sobre a violência doméstica e as formas de combater esse problema.

Item 7.4 - Metas e ações

A finalidade última do programa é prevenir e reduzir a violência doméstica e de gênero, ajudar as vítimas a sair da situação de violência e conter os agressores. Sua meta é a criação, nos estados e municípios, de sistemas integrados e descentralizados de atendimento a vítimas e agressores. Para isso, será necessário desenvolver, simultaneamente, políticas de âmbito nacional e regional, por meio das entidades competentes, como os Conselhos dos Direitos da Mulher e as organizações governamentais e não governamentais, que vêm se destacando nessa área. No plano nacional, serão definidos padrões e procedimentos de intervenção e de notificação dos casos de violência doméstica e de gênero, além de campanhas informativas, currículos de treinamento, incentivo à criação e à integração de serviços, bem como estímulo à realização de pesquisas. Nos planos estadual e municipal, o programa apoiará a criação, a consolidação e o aperfeiçoamento de redes e serviços de atendimento e de qualificação de profissionais, assim como os esforços de divulgação de informações, de criação de bases de dados e de avaliação do impacto dos projetos implementados. O Programa visa atingir oito metas específicas, por intermédio das seguintes ações e estratégias que lhes são correspondentes:

Meta 1

Ampliação do número de pessoas capazes e dispostas a buscar apoio médico, psicológico, jurídico e social para viabilizar o rompimento da situação de violência em que se encontram.

Ações Âmbito Nacional

- Desenvolver mecanismos para facilitar a realização do exame de corpo de delito em unidades de saúde.
- Incorporar a participação ativa de mulheres sobreviventes de situação de violência ao Programa de Prevenção e Redução da Violência Doméstica e de Gênero. Estimular, com isso, a identificação das vítimas de violência que ainda sofrem no isolamento, por meio de modelos positivos de superação do problema.

Ações Âmbito Regional

- Ampliar, diversificar, qualificar, aparelhar e divulgar os serviços e centros especializados de atendimento à mulher existentes na comunidade.
- Desenvolver programas comunitários de justiça e de saúde, capazes de alcançar as famílias isoladas pelas barreiras do silêncio e do medo e de oferecer-lhes recursos efetivos para romper a situação em que se encontram.
- Criar plantão telefônico para dar o apoio inicial e fornecer orientação às mulheres em situação de violência.
- Divulgar informações sobre a violência e os direitos das vítimas.
- Propiciar a criação de grupos de ajuda mútua para mulheres vítimas de violência.

Meta 2

Garantia de segurança para as mulheres em situação de violência: vítimas protegidas do risco de novos ataques e de agressões mais severas.

Ações Âmbito Nacional

- Divulgar medidas de segurança para as vítimas, que ajudem as mulheres a reduzir os riscos de agravamento da violência nos momentos de crise e a diminuir suas conseqüências nefastas.

Ações Âmbito Regional

- Ampliar o número de abrigos para mulheres em situação de risco doméstico e definir critérios básicos de qualidade que sirvam de parâmetro para avaliar seu desempenho.
- Desenvolver redes comunitárias capazes de fornecer refúgios de curto prazo, até que seja possível encaminhar as mulheres aos abrigos ou ajudá-las a encontrar outras soluções.

Meta 3

Ampliação do número de mulheres dispostas a denunciar a violência nas delegacias policiais e a sustentar a denúncia nas instâncias judiciais.

Ação Âmbito Nacional

- Desenvolver um currículo mínimo para treinamento dos operadores do sistema de justiça criminal.

Ações Âmbito Regional

- Implantar Delegacias da Mulher onde houver necessidade.
- Aperfeiçoar as rotinas, os procedimentos, os recursos e as instalações das Delegacias da Mulher já existentes.
- Qualificar o atendimento policial e jurídico, oferecendo cursos, palestras e treinamento contínuo para os policiais, conciliadores e demais operadores do direito.

Meta 4

Instituição de projetos de integração do atendimento às vítimas e agressores, com base nos quais cada serviço possa ser acessível a partir dos demais.

Ações Âmbito Regional

- Institucionalizar a comunicação entre as várias agências que prestam atendimento a vítimas e autores de violência, integrando as iniciativas existentes em uma rede de atendimento a vítimas e autores de violência, sediada em Secretarias estaduais e municipais ou nos Conselhos dos Direitos da Mulher.
- Manter e atualizar permanentemente um cadastro de informações sobre os serviços disponíveis e sobre o fluxo da demanda por esses serviços.
- Incorporar a participação da comunidade ao programa, por meio de redes solidárias de apoio às vítimas. Essas redes devem, idealmente, incorporar conselhos comunitários, associações de moradores, ligas comerciais e outras organizações atuantes em cada área, envolvendo um modelo pró-ativo de intervenção das Delegacias da Mulher.

Meta 5

Difusão de informações básicas e de orientações para vítimas, profissionais e comunidades sobre como agir diante dos casos de violência doméstica e de gênero.

Ações Âmbito Nacional e Regional

- Empreender campanhas informativas nos meios de comunicação, em escolas, hospitais, sindicatos, partidos políticos e outras associações. As campanhas devem

ser realistas e conter mensagens propositivas e modelos positivos de identificação e de superação da violência, por parte de vítimas e agressores.

- Divulgar informações e orientações práticas para profissionais, vítimas, agressores e demais cidadã(o)s, focalizando os serviços disponíveis na comunidade, os instrumentos para prevenir a violência e formas de lidar com situações de abuso.

Meta 6

Criação de um sistema de informação sobre a violência doméstica e de gênero, capaz de subsidiar diagnósticos consistentes e de informar os processos de avaliação de resultados.

Ações Âmbito Nacional

- Definir padrão nacional de notificação de casos de violência doméstica nas delegacias policiais e nas unidades de saúde, de forma a permitir a construção de bases de dados nacionais.
- Aperfeiçoar os protocolos de atendimento médico, de forma a torná-los capazes de apreender as diversas formas e situações em que se dá a violência contra a mulher e a possibilitar a construção de dados consistentes.

Ações Âmbito Nacional e Regional

- Elaborar pesquisas de vitimização e outros levantamentos de dados quantitativos e qualitativos, referentes à atuação do(a)s profissionais, à visão de vítimas e agressores e ao impacto das medidas adotadas para fazer face à violência contra a mulher nos centros de atendimento, abrigos, delegacias de polícia, unidades de saúde, Juizados Criminais, abrigos etc.
- Eficácia dos diversos serviços no sentido de reduzir a reincidência dos autores de violência.
- Impacto das conciliações e transações penais adotadas nos Juizados Especiais Criminais em relação aos casos de violência doméstica.
- Efetividade dos centros de atendimento e dos abrigos em prover segurança e habilitar as mulheres a romper a situação de violência.
- Levantamento das demandas, expectativas e avaliações das mulheres usuárias dos serviços oferecidos. Análise das expectativas, percepções e práticas dos profissionais que atuam no atendimento direto e indireto às vítimas, autores de violência etc.

Meta 7

Controle da ação dos autores de violência/adoção de penas alternativas efetivas para aqueles homens cujos crimes sejam considerados de menor gravidade.

Ação Âmbito Nacional

- Desenvolver esforços junto ao judiciário e ao legislativo para instituir medidas legais de proteção das vítimas (afastamento dos agressores).

Ações Âmbito Nacional e Regional

- Instituir junto aos Juizados Especiais Criminais programas de aplicação de penas alternativas, para os autores de violência. Esses programas conjugarão a prestação de serviços gratuitos à comunidade e a participação em grupos de reflexão, nos quais os agressores se responsabilizam por seu comportamento e desenvolvem mecanismos não violentos de comunicação interpessoal.

Ações Âmbito Regional

- Desenvolver, em parceria com os Juizados Especiais Criminais, redes de organizações públicas e/ou privadas dispostas a receber os serviços dos autores de violência.
- Criar centros de atendimento para homens autores de violência, capazes de realizar grupos de reflexão e de responsabilização, e formar agentes multiplicadores.

Meta 8

Redução da violência sexual intra e extra familiar e dos danos que lhe são decorrentes.

Ações Âmbito Nacional e Regional

- Desenvolver campanhas de: a) dissolução de preconceitos e estereótipos que estimulam e endossam a violência sexual; b) informação sobre os direitos das mulheres à liberdade sexual, ao aborto previsto em lei, ao atendimento qualificado em caso de violência etc.; c) difusão das medidas a serem adotadas e dos recursos (no âmbito da justiça e da saúde) para prevenir e reduzir os danos decorrentes da violência sexual.

Ações Âmbito Regional

- Ampliar a rede de saúde capacitada ao atendimento de vítimas da violência sexual.
- Identificar espaços e situações vulneráveis às agressões sexuais, a partir de dados gerados pelas policiais e pelas unidades de atendimento às vítimas.
- Desenvolver ações preventivas (com base no mapeamento prévio) como estratégias de policiamento, estímulo à ocupação comercial e cultural, desenvolvimento de equipamentos urbanos etc.
- Criar grupos de trabalho para enfrentar a violência e a exploração sexual (forçar tarefa que envolvam as polícias, o Ministério Público, os Conselhos Tutelares, ONGs de proteção às mulheres, ONGs de proteção à infância e à adolescência etc.) para enfrentar a exploração sexual.

Mesa 4

Controle Social e Monitoramento das Políticas de Saúde para as Mulheres

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

Capítulo 5 – Gestão e Monitoramento do Plano

Objetivos

- I. Implementar o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, de forma eficiente, eficaz e efetiva, por meio da articulação entre os diferentes órgãos de governo.
- II. Monitorar e avaliar a implementação do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, com vistas a atualizá-lo e aperfeiçoá-lo.

Prioridades

No âmbito da gestão do PNPM, destacam-se três linhas prioritárias de ação, destinadas a subsidiar o planejamento, a implementação e a avaliação de políticas públicas para as mulheres e garantir a implementação eficaz e efetiva do Plano.

- 5.1 Capacitar e qualificar os agentes públicos em gênero, raça e direitos humanos.
- 5.2 Produzir, organizar e disseminar dados, estudos e pesquisas que tratem das temáticas de gênero e raça.
- 5.3 Criar e fortalecer os mecanismos institucionais de direitos e de políticas para as mulheres.

Plano Nacional de Saúde

Item IV – Gestão, Monitoramento e Avaliação

A gestão, o monitoramento e a avaliação deste Plano Nacional de Saúde serão pautados nas orientações gerais a seguir apresentadas e visarão, essencialmente, viabilizar o alcance de seus objetivos e o cumprimento de suas diretrizes e metas. As ações referentes a esse processo estarão apoiadas em informações técnicas e operacionais sistematizadas para este fim, em consonância com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, sob a liderança do Datasus - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.

A perspectiva é de que tal processo permita o constante aperfeiçoamento do Plano, cuja tarefa inicial envolverá duas vertentes de trabalho. A primeira consistirá na pactuação com os gestores, sobretudo em relação às metas nacionais propostas, concretizando assim a convergência e o compartilhamento de responsabilidades e iniciativas de âmbito federal, estadual e municipal, de modo a obterem-se os resultados previstos e evitar-se a pulverização de esforços e recursos investidos, o que inviabiliza, inclusive, a própria mensuração dos resultados.

Essa pactuação ocorrerá no âmbito de cada estado, com a participação de gestores estaduais, municipais e nacional, configurando-se como um dos insumos importantes de discussão e negociação o resultado da oficina macrorregional, realizada em Brasília, em julho de 2004, na qual os representantes das três esferas de gestão do SUS identificaram as prioridades do Plano segundo as respectivas realidades e necessidades.

A segunda vertente estará representada por um estudo voltado, em particular, para a sistematização das metas do PNS, com vistas a responder à necessidade de informações para a gestão do Plano. Trata-se de identificar eixos prioritários de convergência e necessidades de articulação intra e intersectorial para superar fatores condicionantes de desigualdades geográficas e socioeconômicas, merecedoras de estratégias diferenciadas de intervenção. Uma das bases para isso serão os pactos estabelecidos entre os gestores, objeto da primeira vertente acima apresentada.

Tal pressuposto tem em conta que as ações decorrentes do PNS devem ter impacto local, para que possam ter efeitos importantes nos níveis regional e nacional, de que é exemplo a mortalidade infantil. A partir desse estudo aprofundado do conteúdo do PNS, como delineado anteriormente, serão desenvolvidos os processos de monitoramento e de avaliação do Plano Nacional, inclusive a definição dos indicadores a serem utilizados e das formas de obtê-los.

Em relação ao Monitoramento

As ações de monitoramento requerem a disponibilidade de informações essenciais, perfeitamente definidas, sistematicamente coletadas e analisadas. O processo de construção dessa base de informações, em cada esfera de gestão, será desenvolvido identificando as inter-relações dos objetivos do Plano e os nós críticos para o seu alcance.

Deve ser delimitado, com clareza, um nicho nacional do Plano, que caracterize a responsabilidade própria da autoridade federal. Para acompanhar o cumprimento dessas prioridades, devem ser identificados os seus nós críticos, em função dos quais será selecionado um conjunto básico de indicadores, a serem monitorados e avaliados.

Cada indicador precisa estar devidamente qualificado quanto a sua conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes de obtenção, método de cálculo e categorias de análise, para que possa ser perfeitamente compreendido em todas as esferas envolvidas.

O monitoramento do Plano também exigirá, por parte do Ministério da Saúde, um esforço de cooperação técnica integrada, utilizando equipes incumbidas de apoiar o desenvolvimento das ações descentralizadas.

Em relação à Avaliação

A avaliação do PNS contemplará, entre outros, a análise dos seguintes aspectos: (1) o contexto político, demográfico, social e econômico em que se processa a implementação do Plano; (2) a evolução das condições de vida e do estado de saúde da população; e (3) a resposta social organizada às questões de saúde.

A análise deverá ser realizada a partir dos indicadores que foram selecionados, além de outras informações, resultantes de estudos, inquéritos, investigações e de pesquisa bibliográfica, e estará direcionada para: (1) identificar desigualdades nas condições de saúde e no acesso a ações e serviços, segundo variáveis geográficas e socioeconômicas; (2) verificar o impacto das ações e programas desenvolvidos, sobre as condições de saúde; e (3) indicar necessidades de reorientação estratégica das ações, segundo possíveis cenários que contemplem mudanças nos quadros político, institucional, econômico, social, tecnológico etc.

A análise sistemática dos dados e informações disponíveis, adequadamente elaborada e apresentada, constituirá elemento fundamental não apenas para instrumentalizar as instâncias de decisão, mas também para promover a melhoria contínua da qualidade da informação. O uso das informações pelos gestores deverá configurar um

aspecto essencial na melhoria das informações já existentes e para o suprimento de novas necessidades de informação.

Em função das metas traçadas e dos indicadores identificados para o seu acompanhamento, serão analisadas, de forma abrangente, as necessidades de informação em saúde no Brasil para planejar os investimentos a serem feitos nessa área. Por mais que sejam aperfeiçoados, os sistemas de registro contínuo não esgotarão as necessidades de informação. Os inquéritos de base populacional, periódicos e conjunturais, são importantíssimos em um país com as dimensões do Brasil e com os problemas estruturais existentes para a coleta regular de dados no nível local.

Há no Brasil uma grande profusão de bases de dados e sistemas de informação em saúde, vinculados ao Ministério da Saúde e a outros setores do governo, sobretudo o IBGE. Apesar de amplamente disponíveis por via eletrônica, o processo decisório pouco tem se valido dessas informações, pela falta de iniciativas que visem: (1) estruturar a elaboração sistemática de análises conjunturais e de tendências, articuladas intra e intersetorialmente, voltadas para as necessidades da gestão; (2) racionalizar os sistemas de informação do próprio Ministério da Saúde, potencializando o uso dos dados já disponíveis; (3) profissionalizar o gerenciamento municipal dos sistemas de informação, melhorando sua cobertura e qualidade; e (4) aproveitar melhor os dados disponíveis de outras fontes que não as da saúde.

O fortalecimento de parcerias extra-setoriais deverá, assim, assumir especial importância. Entre essas parcerias, destacam-se o IBGE, como instituição responsável pelo sistema estatístico nacional e pela realização de censos demográficos e pesquisas nacionais, de base populacional e outras, e o IPEA, como instituição federal especializada na realização de análises executivas sobre políticas sociais, inclusive de saúde. Considerando as múltiplas demandas do SUS ao IBGE, que ocorrem diretamente a partir de inúmeros interlocutores, serão concentrados esforços voltados a consolidar e racionalizar essas demandas, para conferir-lhes caráter político e institucional. Nesse sentido, a Secretaria-Executiva, por intermédio da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, promoverá processo regular de elaboração de análises para a gestão do SUS, apoiada nas análises de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde.

A produção regular de informes estruturados sobre as condições de saúde no Brasil, abordando todos os aspectos de interesse para a saúde da população, deverá configurar iniciativa relevante para desenvolver e consolidar, ao longo do tempo, um entendimento comum sobre o tema, por parte dos gestores, dos profissionais de saúde, das instituições de ensino e pesquisa, dos legisladores, dos responsáveis pelo controle social etc. Tal iniciativa servirá como eixo estruturante para subsidiar o aperfeiçoamento do SUS em todos as suas esferas de gestão.

A oferta sistematizada de dados e informações sobre os variados aspectos de interesse para a compreensão do quadro sanitário brasileiro será também essencial para atender, adequadamente, aos compromissos assumidos pelo Governo no âmbito de organizações internacionais. Nesse contexto, destaca-se a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, no cumprimento de seu mandato institucional de documentar os avanços realizados pelos países membros, no atendimento às necessidades de saúde da população do continente.

Plano Nacional de Segurança Pública

Capítulo 7 – Violência doméstica e de gênero

O Brasil tem sido pródigo em participar de convenções e em assinar tratados em defesa dos direitos humanos e em prol da redução da violência doméstica e de gênero. Entretanto, não tem demonstrado o mesmo vigor quando se trata de implantar as plataformas de ação, de convenções das quais é signatário. Uma das razões para esse descompasso é a dificuldade de lidar com os aspectos práticos da execução dos projetos e de traduzir o que hoje são ainda slogans e princípios abstratos em ações racionais e eficazes.

Existe uma certa unanimidade entre os que lidam com a violência intrafamiliar sobre a necessidade de ampliar e qualificar os serviços de atendimento às vítimas. Sabe-se que é grande o número de mulheres, crianças e adolescentes e pessoas idosas agredidas e que a

quantidade e a qualidade do atendimento estão longe de ser satisfatórias. Porém, não existe consenso a respeito do que devam ser esses serviços e de como eles devem funcionar.

A experiência internacional mostra que nenhuma iniciativa isolada é capaz de fazer face à violência intrafamiliar. Trata-se de um problema de enorme complexidade, resultante de uma conjunção de fatores sociais, culturais e psicológicos, capaz de gerar um leque de conseqüências igualmente complexas e diversificadas. Somente quando estão articuladas, as polícias, as unidades de atendimento, a justiça e as redes sociais de apoio ganham capacidade de ação e amplificam os efeitos de suas respectivas intervenções. É preciso, então, desenvolver mecanismos para viabilizar a comunicação e a integração orgânica das diversas agências envolvidas no atendimento direto e indireto, de vítimas e agressores. O Programa Nacional de Prevenção e Redução da Violência Doméstica e de Gênero, além de incorporar as conquistas representadas pelos movimentos sociais e pelos programas governamentais que o antecederam, tem o propósito de avançar na consolidação de um planejamento racional para a adoção de políticas eficientes.

Documentos Base para as Discussões

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas e Discriminação Contra a Mulher - CEDAW

http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Mulher/texto/texto_3.html

Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial - CERD

http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Minorias_discriminacao/texto/texto_1.html

Recomendações do Comitê CEDAW

<http://www.agende.org.br/publicacoes6main.asp>

Pacto de Direitos Econômicos Sociais e Culturais – PIDESC

http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Sist_glob_trat/texto/texto_2.html

Recomendações do Comitê DESC

<http://www.agende.org.br/publicacoes6main.asp>

Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

<http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/publicacoes/>

Resoluções da I Conferências Nacional de Políticas para as Mulheres

<http://www.mec.gov.br/spmu/anais.pdf>

Plano Nacional de Saúde

<http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/PNS.pdf>

Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial – PNPIR

https://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4886.htm

Relatório da Sociedade Civil sobre a CEDAW - 2003

<http://www.agende.org.br/CEDAW%20Relatorio%20Alternativo.htm>

Plataforma Política Feminista

<http://www.redesaude.org.br/html/cnmb-plat-final.html>

RECOMENDAÇÕES AO GOVERNO BRASILEIRO DOS COMITÊS CEDAW - DESC - Áreas de SAÚDE e VIOLÊNCIA

Área de Preocupação	CEDAW	DESC
Introdução	O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres considerou, em suas reuniões realizadas em 1º de julho de 2003 (reuniões 610 e 611), o Relatório Inicial e Relatórios Periódicos – segundo, terceiro, quarto e quinto – do Brasil, submetido como um documento consolidado (CEDAW/C/BRA/1-5), e adotou, em sua reunião realizada em 7 de julho (reunião 616), as seguintes Observações Conclusivas. (1)	O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais considerou, em suas reuniões realizadas nos dias 08 e 09 de maio de 2003 (oitava, nona e décima reuniões) o Relatório Inicial do Brasil sobre a implementação do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (E/1990/5/Add.53), e adotou, na sua vigésima nona reunião, realizada no dia 23 de maio de 2003 as seguintes observações conclusivas. (1)
Implementação efetiva das disposições constitucionais e legais	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê expressa sua preocupação sobre a existência de uma grande defasagem entre as garantias constitucionais de igualdade entre mulheres e homens e a situação atual de fato (<i>de facto</i>) social, econômica, cultural e política das mulheres no país, a qual se agrava no que se refere às mulheres afrodescendentes e indígenas. (23)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê requer ao Estado-Parte brasileiro assegurar a plena implementação da Convenção e das garantias constitucionais por meio de uma ampla reforma legislativa para prover a igualdade de direito (<i>de jure</i>) e estabelecer um mecanismo de monitoramento para garantir que as leis sejam integralmente implementadas. Recomenda que o Estado-Parte assegure que todos aqueles responsáveis pela implementação de tais leis, em todos os níveis, sejam plenamente conscientizados sobre o conteúdo. (24)</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê se preocupa que haja uma distância entre as previsões constitucionais e legislativas e os procedimentos administrativos para a implementação dos direitos do Pacto e com a ausência das medidas e remédios eficazes necessários, tanto judiciais quanto de outras ordens, para efetivar esses direitos, especialmente no que diz respeito aos grupos vulneráveis e marginalizados. (18)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê encoraja o Estado-Parte a implementar imediatamente ações corretivas para que todos os direitos do Pacto efetivamente garantidos, e que medidas concretas, judiciais ou outras, sejam garantidas àqueles cujos direitos econômicos, sociais e culturais tenham sido infringidos, especialmente em relação aos grupos vulneráveis e marginalizados. Neste sentido, o Comitê chama a atenção do Estado-Parte especialmente para o Comentário Geral nº 9 que trata da aplicação do Pacto em âmbito interno pelos Estados-Partes. (41)</p>
Status de aplicação dos tratados e convenções de direitos humanos ratificados pelo Brasil – sensibilização para a temática	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê observa com preocupação que, embora os tratados internacionais dos quais o Brasil é parte tenham sido incorporados à legislação doméstica, há discordância no judiciário, assim como na doutrina jurídica, em relação ao status de tais tratados internacionais e sua aplicabilidade imediata. (25)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê recomenda que sejam tomadas medidas para o aumento da conscientização e sensibilização do Judiciário e de outras autoridades responsáveis pelo cumprimento da lei, para alterar a visão predominante do status dos tratados internacionais na hierarquia da legislação brasileira. (26)</p>	<p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê se preocupa com a falta de formação adequada em direitos humanos por parte do Estado-Parte, em particular a respeito dos direitos estabelecidos no Pacto, especialmente no Judiciário, junto aos/as operadores/as oficiais da lei e outros atores responsáveis pela implementação do Pacto. (19)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê recomenda que o Estado-Parte melhore os seus programas de formação em direitos humanos para garantir melhor conhecimento, consciência e aplicação do Pacto e de outros instrumentos internacionais de direitos humanos, em particular junto ao Judiciário, aos/as operadores/as oficiais do direito e a outros atores responsáveis pela implementação do Pacto. (42)</p>

<p>Violência doméstica e sexual contra mulheres e meninas</p>	<p>PREOCUPAÇÃO Embora reconhecendo os esforços feitos para enfrentar a violência contra as mulheres, incluindo o estabelecimento das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMS) e casas-abrigo, o Comitê está preocupado com a persistência da violência contra as mulheres e meninas, incluindo a violência doméstica e a violência sexual, a existência de punições tolerantes para os agressores e a ausência de uma lei específica sobre violência doméstica. O Comitê está profundamente preocupado com o fato de que a violência contra as mulheres, incluindo a violência doméstica e a violência sexual, não esteja sendo suficientemente enfrentada devido à falta de dados e informações. (37)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê insta ao Estado-Parte tomar todas as medidas necessárias para combater a violência contra as mulheres em conformidade com a Recomendação Geral nº 19 para prevenir a violência, punir os agressores e prover serviços para as vítimas. Recomenda que o Estado-Parte adote, sem demora, legislação sobre violência doméstica e tome medidas práticas para seguir e monitorar a aplicação desta lei e avaliar sua efetividade. Requer ao Estado-Parte prover informação abrangente e dados sobre a violência contra as mulheres em seu próximo Relatório Periódico. (38)</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê observa com preocupação que a violência sexual e doméstica é difundida e ainda não suficientemente denunciada no Brasil. (29)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê convida o Estado-Parte a implementar todas as medidas efetivas necessárias, incluindo a aplicação da legislação atual e campanhas nacionais de conscientização para a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher. O Comitê recomenda também que o Estado-Parte se assegure de que todas as polícias estejam treinadas para lidar com a violência contra as mulheres, além das "Delegacias da Mulher" em todas as partes do país. (53)</p>
<p>Exploração sexual e tráfico de mulheres e meninas</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê está preocupado com o aumento da incidência de várias formas de exploração sexual e tráfico de mulheres e meninas no Brasil, tanto internamente quanto nas zonas de fronteiras. Está particularmente preocupado com a participação de pessoal policial e com sua convivência com a exploração e tráfico, bem como com a impunidade dos abusadores, agressores, exploradores e traficantes, como relatado pelo Estado-Parte. O Comitê observa a falta de dados desagregados por sexo e informação insuficiente sobre a exploração sexual de crianças e adolescentes de rua. (41)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê recomenda a formulação de uma ampla estratégia para combater o tráfico de mulheres e meninas, a qual deveria incluir a investigação e punição dos ofensores e a proteção e suporte para as vítimas. Recomenda a introdução de medidas voltadas a eliminar a vulnerabilidade das mulheres aos traficantes, particularmente das mulheres jovens e meninas. Recomenda que o Estado-Parte edite uma legislação anti-tráfico e faça da luta contra o tráfico de mulheres e meninas uma alta prioridade. O Comitê requer ao Estado-Parte incluir ampla informação e dados em seu próximo relatório sobre a questão, bem como sobre a situação das crianças e adolescentes de rua e sobre as políticas adotadas para enfrentar estes problemas específicos. (42)</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê está profundamente preocupado com a incidência elevada de tráfico de mulheres com a finalidade de exploração sexual. (30)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê recomenda que o Estado-Parte adote medidas legislativas e garanta sua efetiva implementação para combater o tráfico de pessoas. (54)</p>



<p>Saúde: mortalidade materna, aborto, DST/HIV/Aids</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê está preocupado com as altas taxas de mortalidade materna, em particular nas mais remotas regiões, onde o acesso aos serviços de saúde é muito limitado. O Comitê está preocupado também com a condição de saúde das mulheres de grupos em desvantagem e com a alta taxa de abortos clandestinos e suas causas, relacionadas a, entre outras, pobreza, exclusão e falta de acesso à informação. O Comitê, apesar do progresso em relação ao controle do HIV/Aids, está profundamente preocupado com o aumento do número de mulheres infectadas, particularmente mulheres jovens. (51)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê recomenda que profundas medidas sejam tomadas para garantir o efetivo acesso das mulheres a serviços e informações com o cuidado da saúde, particularmente em relação à saúde sexual e reprodutiva, incluindo-se mulheres jovens, mulheres de grupos em desvantagem e mulheres rurais. Tais medidas são essenciais para reduzir a mortalidade materna e para prevenir o recurso ao aborto e proteger as mulheres de seus efeitos negativos à saúde. Recomenda, ademais, que programas e políticas sejam adotados para aumentar o conhecimento e o acesso a métodos contraceptivos com a compreensão de que o planejamento familiar é responsabilidade de ambos os parceiros. O Comitê também recomenda que a educação sexual seja amplamente promovida, particularmente junto a adolescentes, com especial atenção para a prevenção e maior controle do HIV/Aids. (52)</p>	<p>PREOCUPAÇÃO O Comitê observa com preocupação a alta taxa de mortalidade materna devido aos abortos ilegais, particularmente nas regiões ao norte do país, onde as mulheres têm acesso insuficiente aos equipamentos de saúde pública. O Comitê está preocupado também com a persistência da esterilização forçada. (27)</p> <p>Embora o Estado-Parte tenha reduzido a mortalidade relacionada ao HIV/Aids, o Comitê está preocupado com o fato de que, apesar desses esforços, houve um aumento significativo nos casos entre mulheres e crianças. (38)</p> <p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA O Comitê insta ao Estado-Parte que empreenda medidas legislativas e outras, incluindo a revisão de sua legislação atual, a fim de proteger mulheres dos efeitos do aborto clandestino e inseguro e assegure que as mulheres não recorram a tais procedimentos prejudiciais. O Comitê recomenda ao Estado-Parte para fornecer em seu próximo Relatório Periódico informação detalhada, com base em dados comparativos, sobre mortalidade materna e aborto no Brasil. (51)</p> <p>O Comitê encoraja o Estado-Parte a continuar seus esforços na prevenção e no atendimento relacionado à saúde, fornecendo serviços de saúde sexual e reprodutiva à população, com ênfase particular naqueles para as mulheres, a juventude e as crianças. (62)</p>
--	--	---



<p>Recomendações Gerais</p>	<p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA</p> <p>O Comitê requer ao Estado-Parte que responda, em seu próximo Relatório Periódico, o qual deve ser submetido em 2005, às questões levantadas nestas Recomendações. Requer, também, que o Estado-Parte aperfeiçoe a coleta e análise dos dados estatísticos, desagregados por sexo, idade, raça e etnia, e que reporte sobre os resultados dos programas e políticas, planejados e executados, em seu próximo Relatório Periódico ao Comitê. (59)</p> <p>Levando em conta as dimensões de gênero das declarações, programas e plataformas de ação adotadas pelas relevantes Conferências das Nações Unidas, Cúpulas e sessões especiais – tais como a vigésima primeira sessão especial da Assembleia Geral para revisão e avaliação global da implementação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo+5), a vigésima sétima sessão especial da Assembleia Geral sobre Crianças, a Conferência Mundial Contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância e a Segunda Cúpula Mundial sobre Envelhecimento – o Comitê requer ao Estado-Parte que inclua informações sobre a implementação dos aspectos de tais documentos relacionando-os aos relevantes artigos da Convenção em seu próximo Relatório Periódico. (60)</p> <p>O Comitê requer que as Recomendações sejam amplamente disseminadas pelo Brasil, de forma a fazer com que a população do Brasil, em particular os/as funcionários/as do governo, juizes/as e políticos/as, estejam conscientes dos passos que devem ser tomados para garantir a igualdade <i>de jure</i> e <i>de facto</i> (de direito e de fato) das mulheres e os demais passos necessários nesse sentido. Requer, também, que o Estado-Parte continue a disseminar amplamente, em particular para as organizações de mulheres e de direitos humanos, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Declaração e Plataforma de Ação de Beijing, bem como os resultados da vigésima terceira sessão especial da Assembleia Geral, intitulada "Mulheres 2000: igualdade de gênero, desenvolvimento e paz para o século vinte e um (Beijing+5)". (61)</p>	<p>OBSERVAÇÃO CONCLUSIVA</p> <p>O Comitê recomenda ao Estado-Parte que divulgue amplamente estas Recomendações em todos os níveis da sociedade e, especialmente, entre os agentes do Estado e do Judiciário e que informe ao Comitê sobre todas as etapas empreendidas para implementá-las, em seu próximo Relatório Periódico. (64)</p> <p>O Comitê incentiva o Estado-Parte a continuar a consultar as organizações não-governamentais e os outros membros da sociedade civil ao preparar o próximo Relatório Periódico. (65)</p> <p>O Comitê recomenda ao Estado-Parte a submeter seu próximo Relatório Periódico ao Comitê até 30 de junho de 2006. (66)</p>
------------------------------------	--	---



Realização



AGENDE Ações
em Gênero
Cidadania e
Desenvolvimento

Advocaci
advocacia cidadã
pelos direitos humanos

Parcerias



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Apoio

Secretaria Especial de Políticas
para as Mulheres - SPM



Secretaria Nacional Ministério
de Segurança Pública da Justiça



Promoção

REDE
Feminista
DE SAÚDE
REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE
DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS



Jornadas
Brasileiras
pelo Direito
ao Aborto
Legal e
Seguro

