

DA PROTEÇÃO CONSTITUCIONAL DA SAÚDE À LEI MARIA DA PENHA – A SAÚDE DA MULHER EM DESTAQUE

CONSTITUCIONAL PROTECTION OF HEALTH TO MARIA DA PENHA LAW – THE WOMEN’S HEALTH IN FOCUS

*Andressa Fracaro Cavalheiro¹
Liton Lanes Pilau Sobrinho²*

RESUMO: O presente trabalho trata da saúde da mulher no atual contexto das políticas públicas brasileira, notadamente a partir da edição do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, criado no Brasil no ano de 2007. O objetivo principal é apontar a proteção dada às mulheres em situação de risco doméstico e/ou familiar desde a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 até a edição da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 (a “Lei Maria da Penha”), de modo a demonstrar o que o Brasil tem efetivamente feito na busca pela efetividade de tal proteção. Do contexto apresentado se coteja a relação entre violência doméstica e alcoolismo, com sugestão de readequação da mencionada Política para Mulheres no que tange a este ponto.

Palavras-Chave: Saúde da Mulher. Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Proteção contra a violência.

ABSTRACT: This paper deals with women’s health in the current context of public policies in Brazil, especially since the edition of the National Plan for Women, created in Brazil in 2007. The main objective is to aim the protection given to women at risk of domestic and/or family since the Constitution of the Federative Republic of Brazil from 1988 until the enactment of Law n. 11340 of August 7, 2006 (the “Maria da Penha Law”) in order to demonstrate that Brazil has done effectively the pursuit of effectiveness of such protection. Collates the aforementioned context is the relationship between domestic violence and alcoholism, with suggested readjusting the said Policy for Women in regard to this point.

KEYWORDS: Women’s Health. National Plan for Women. Protection against violence.

¹ Doutoranda em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Especialista em Direito Administrativo pelo Instituto de Direito Romeu Felipe Bacellar. Docente do curso de Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Francisco Beltrão – PR. Membro do Grupo de Pesquisas em Direitos Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Francisco Beltrão – PR, e do Grupo de Governo Eletrônico – E-GOV – da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

² Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Docente do curso de Direito da Universidade do Vale do Itajaí, e da Universidade de Passo Fundo – UPF. Docente do curso de pós-graduação em Direito – Mestrado e Doutorado – da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Advogado.

1 Introdução

No Brasil, como em outros países do mundo, a questão da desigualdade entre homens e mulheres – e suas conseqüências – tem-se mostrado bastante relevante, o que significa a adoção de ações que visem restaurar a igualdade talvez nunca existe entre os sexos.

A questão da desigualdade entre homens e mulheres se reflete em várias searas mas tem especial destaque no que pertine às questões de saúde, o que merece um estudo adequado.

O presente trabalho, portanto, visa abordar não só a questão de saúde, mas sua interface com a desigualdade entre homens e mulheres, notadamente no seu aspecto mais destacado: a violência contra as mulheres.

Dada a necessidade, entretanto, de se delimitar o foco do trabalho, optou-se por fazer uma abordagem sobre tal questão em solo pátrio; Assim, partiu-se da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 até a Lei Maria da Penha, instrumento legal recente cujo objetivo primeiro é a redução da violência contra a mulher, mas que se traduz em instrumento de diminuição de sua desigualdade frente ao homem.

Como forma de alcançar o objetivo pretendido no presente estudo, optou-se pelo método de abordagem dedutivo e pelo método de procedimento histórico, reconhecendo-se a necessidade da construção do conhecimento através de conceitos e de sua possibilidade de aplicação social.

2 Conceito de saúde

Entre os povos da antiguidade a visão mágico-religiosa da doença era dominante³. Com o desenvolvimento da razão e a conseqüente explicação biológica e racional para as ocorrências naturais, a doença começou a ser vista como um

³ SCLiar, Moacir. Do Mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo : SENAC, 2002. p. 17.

desequilíbrio entre os elementos que compõem o organismo humano⁴, passando a ser vista, então, como um processo cujas causas se dividiam entre diretamente dependentes de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à moradia, e, especificamente, resultantes de germes causadores de doença. Assim, saúde era, simplesmente, a ausência de doenças⁵.

Foi somente com a Revolução Francesa que se começou a pensar na saúde como um bem, e um bem acessível a todos. O Brasil, no mesmo diapasão da Revolução Francesa, assevera ser a saúde, conforme dispõe o artigo 196 da Constituição da República de 1988, um direito de todos, e dever do Estado, do que resulta a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, cujo marco legal não é outro senão o próprio texto constitucional de 1988.

A origem histórica do SUS, entretanto, remonta ao processo de abertura política e democrática ocorrido no Brasil no final da década de 1970, quando desenvolveu-se o denominado movimento sanitarista, cuja pretensão era não só reverter a lógica prevalecente de prestação de serviços em saúde pelo setor privado, denunciando a mercantilização da saúde no País, mas, muito mais, propor uma reforma sanitária, onde a saúde fosse então reconhecida não só como direito do cidadão, mas especialmente como dever do Estado, reformulando-se, então, todo o sistema de saúde vigente, com vistas ao financiamento desse direito de todos os cidadãos⁶.

As bases dessa proposta foram discutidas entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, na VIII Conferência Nacional de Saúde, quando, então, o conceito de saúde, em solo pátrio, restou ampliado, passando a ser considerado como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde⁷.

⁴ ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz. *Bases da saúde coletiva*. Londrina : UEL, 2001, p. 03/04.

⁵ SCLIAR, Moacir. *Ob. cit.*, p. 32.

⁶ CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo : Hucitec, 2006. (Saúde em debate 52), p. 60.

⁷ BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo : Ática, 2006. (Série história em movimento), p. 47.

O que temos, portanto, é que o conceito de saúde brasileiro é tão ou mais abrangente que o conceito de saúde propagado pela Organização Mundial de Saúde, para quem, desde 1946, saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de outros agravos⁸.

É dentro deste conceito amplo de saúde que deve, portanto, ser analisado tudo o que se refere à saúde no Brasil, notadamente o disposto no já mencionado artigo 196, que assevera ser saúde direito de todos mediante oferta de serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O Estado, a fim de dar efetividade ao direito à saúde, se vale de políticas públicas, ou seja, de instrumentos de intervenção na ordem social e econômica, visando assegurar a igualdade de condições entre os indivíduos, utilizando-se, assim, de programas baseados em sistematização de ações voltadas para a consecução de determinados fins setoriais ou gerais, *in casu*, garantir a saúde à todos.

3 Priorização da Saúde da Mulher como meio de Consecução do Princípio da Equidade: O Plano Nacional de Política para Mulheres.

O artigo 5º da nossa atual Constituição trata dos direitos e garantias fundamentais não só dos cidadãos brasileiros mas também dos estrangeiros residentes no país, dando especial destaque à questão da igualdade, asseverando, deste modo, que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

Seu inciso primeiro, todavia, é ainda mais específico, dizendo, de forma expressa, que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. Daí decorre que homens e mulheres têm, portanto, o mesmo direito à saúde.

Entretanto, é sabido que, muitas vezes, para se garantir verdadeira equidade é necessário o tratamento diferenciado de algumas pessoas, a fim de que iguais

⁸ DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo : Hucitec, 1995, p. 18.

recebam igual tratamento, enquanto que desiguais devem receber, na medida de suas desigualdades, tratamento desigual, numa aplicação prática do velho e conhecido aforismo aristotélico.

E é em função disto que as políticas públicas adotadas pelos Estados para garantir a todos o acesso à saúde podem, em determinadas ocasiões, priorizar grupos específicos, a fim de garantir-lhes a igualdade de acesso constitucionalmente prevista.

Assim, reconhecendo o papel da mulher ao longo da história, notadamente no combate à ditadura, na luta pelos direitos humanos e no processo de redemocratização mundial, a Assembléia Geral das Nações Unidas, considerando sua obrigação em garantir ao homem e à mulher a igualdade de gozo de todos os direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos, e preocupados com o fato de que, apesar das declarações e recomendações aprovadas pelas Nações Unidas e pelas agências especializadas para favorecer tal igualdade, a mulher continuasse como objeto de grandes discriminações, adotou, por meio da Resolução 34/180, em 18 de dezembro de 1979, a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher.

No Brasil é notória, em muitos aspectos, a desigualdade entre homens e mulheres, nas mais diversas searas, inclusive no que pertine à saúde, razão pela qual tal Convenção foi ratificada em 01 de fevereiro de 1984, década a partir da qual o país adota, na área de saúde, política pública específica, visando tornar efetivas medidas que assegurem, promovam e recuperem a saúde da mulher, implantando, então, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, contemplando o planejamento familiar, a sexualidade e o aborto em casos de estupro e risco de vida, criando, também, as delegacias especializadas no atendimento às mulheres.

No primeiro mandato do atual governo federal – Luiz Inácio Lula da Silva – foi criada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, passo importante para, de fato, implementar as políticas públicas necessárias à eliminação de toda e qualquer forma de discriminação contra a mulher.

A Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, após a realização de duas Conferências Nacionais, a primeira em julho de 2004 e a segunda em agosto de

2007, lançou o Plano Nacional de Políticas para Mulheres [PNPM], cuja segunda edição foi publicada em 2008.

O PNPM é orientado por princípios que foram aprovados nas Conferências Nacionais realizadas, quais sejam: Princípio da Igualdade e Respeito à Diversidade; Princípio da Equidade; Princípio da Autonomia das Mulheres; Princípio da Laicidade do Estado; Princípio da Universalidade das Políticas; Princípio da Justiça Social; Princípio das Transparências dos Atos Públicos; e, Princípio da Participação e Controle Social⁹.

Dentre estes princípios destaque-se o da Equidade, segundo o qual,

o acesso de todas as pessoas aos direitos universais deve ser garantido com ações de caráter universal, mas também por ações específicas e afirmativas voltadas aos grupos historicamente discriminados. Tratar desigualmente os desiguais, buscando-se a justiça social, requer pleno reconhecimento das necessidades próprias dos diferentes grupos de mulheres¹⁰.

Justifica-se, portanto, com base principiológica, a criação de política pública específica para garantir às mulheres o acesso à saúde previsto no texto constitucional, com a adoção de ações que visem promover, recuperar e prevenir danos à sua saúde.

O PNPM está organizado sob a forma de capítulos ou eixos, que representam temas prioritários e áreas de preocupação levantadas pelas mulheres durante as duas Conferências Nacionais realizadas. Na primeira Conferência foram destacadas cinco prioridades que, acrescidas por outras seis, provenientes da segunda Conferência, formam os onze eixos estratégicos do II PNPM. Para cada eixo, é bom frisar, há objetivos, prioridades e metas que se concretizam em 394 ações propostas.

Tais eixos são: I – Autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; II – Educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não-lesbofóbica; III – Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos

⁹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. p. 7/8.

¹⁰ *Ibidem*. p. 7.

reprodutivos; IV – Enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; V – Participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; VI – Desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta, com garantia de justiça ambiental, soberania e segurança alimentar; VII – Direito à terra, moradia digna e infra-estrutura social nos meios rural e urbano, considerando as comunidades tradicionais; VIII – Cultura, comunicação e mídia igualitárias, democráticas e não discriminatórias; IX – Enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; X – Enfrentamento das desigualdades geracionais que atingem as mulheres, com especial atenção às jovens e idosas; e, XI – Gestão e monitoramento do plano¹¹.

Para o presente trabalho, dar-se-á especial atenção aos eixos III e IV, relacionados à saúde da mulher e ao combate à violência contra si existente.

Em que pese o PNPM tratar em eixos separados saúde e violência contra a mulher, entendemos que os dois eixos são complementares, porque a violência contra a mulher é questão de saúde pública, cujo objetivo não é outro senão promover a saúde física e mental e a eficiência¹².

4 Violência e Saúde

Conceituando saúde, no início deste trabalho, de maneira bastante ampla, temos que a saúde da mulher não é só seu aspecto físico, mas inclui, sem qualquer dúvida, sua saúde mental e sexual, do que decorre o interesse por todo o tipo de violência que possa sofrer.

Para Angulo-Tueta,

desde a década de 1970, as organizações de mulheres vêm denunciando a violência de gênero como um grave problema que afeta a saúde física, sexual e mental das mulheres, comprometendo severamente o seu desenvolvimento integral na sociedade¹³.

¹¹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

¹² SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. p. 99.

¹³ ANGULO-TUESTA, Antonia. *Violência contra a mulher – interfaces entre os setores de saúde e de direito*.

Assim, é a partir de 1990 que a violência social passa a ser reconhecida como parte da agenda da saúde pública, muito pelo impacto do número cada vez maior de mortes no sistema público de saúde, reconhecendo-se que este tipo de violência abrange um campo mais amplo, além da mortalidade, relacionado aos agravos à saúde produzidos num contexto de violência não fatal, incluindo-se a violência doméstica contra mulheres¹⁴.

Além disso não se pode olvidar que a violência contra a mulher não deixa de ser uma forma de violação aos direitos humanos. O Brasil, como a maioria dos países, comprometido internacionalmente com a prevalência dos direitos humanos¹⁵, tem a obrigação de proteger a mulher contra a violência, como forma de adimplemento obrigacional.

O PNPM em seu eixo específico de saúde tem por objetivo geral

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, em todas as fases do seu ciclo vital, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde integral em todo território brasileiro, sem discriminação de qualquer espécie e resguardando-se as identidades e especificidades de gênero, raça, etnia, geração e orientação sexual¹⁶.

Se o objetivo geral deste eixo é promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, buscando a ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação de sua saúde integral, deve, obrigatoriamente, ter em vista a questão da violência contra a mulher.

Além disso, é um objetivo específico do eixo “ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde”¹⁷, o que reforça a

¹⁴ SCLYAR, Moacir. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*.

¹⁵ Segundo artigo 4º, inciso II, da Constituição Federal de 1988, a República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelo princípio da prevalência dos direitos humanos.

¹⁶ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. p. 14

¹⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. p. 14.

idéia acima e permite, uma vez mais, assegurar que a violência contra a mulher é questão de saúde pública.

O próximo eixo de destaque do PNPM é o que especificamente aborda a questão da violência, tendo, como objetivo geral,

reduzir os índices de violência contra as mulheres por meio da: I – Consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres com plena efetivação da Lei Maria da Penha; II – Implementação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra as Mulheres; III – Implementação do Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas no que diz respeito às ações referentes ao tráfico de mulheres, jovens e meninas¹⁸.

Neste diapasão é de salutar importância a Lei Maria da Penha, que é inaugurada no cenário legislativo pátrio também em reconhecimento da desigualdade entre homens e mulheres e, assim, se traduz num instrumento não só de proteção da mulher, mas possibilitador da redução de tal desigualdade. Sobre tal diploma legal, a partir de agora, abordaremos alguns aspectos.

A Lei Maria da Penha, na verdade, Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, dispondo, também, sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, entre outras providências.

A aprovação desta Lei foi uma das metas alcançadas pelo I PNPM que previa, como prioridade, a revisão e implementação da legislação nacional, a fim de garantir a aplicação dos tratados internacionais ratificados pelo Brasil – como é o caso da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, ratificado em 1984¹⁹.

¹⁸ Ibidem. p. 17

¹⁹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Relatório final de implementação: I plano nacional de políticas para as mulheres - 2005-2007*. Brasília : SPM, 2009.

A história da mulher que deu nome à lei merece, ainda que perfunctoriamente, ser contada. Para tanto, utilizemo-nos de Dias:

Por duas vezes, seu marido, o professor universitário e economista M.A.H.V., tentou matá-la. Na primeira vez, em 29 de maio de 1983, simulou um assalto fazendo uso de uma espingarda. Como resultado ela ficou paraplégica. Após alguns dias, pouco mais de uma semana, nova tentativa, tentou eletrocuta-la por meio de uma descarga elétrica enquanto tomava banho. Tais fatos aconteceram em Fortaleza, Ceará. As investigações começaram em junho de 1983, mas a denúncia só foi oferecida em setembro de 1984. Em 1991, o réu foi condenado pelo tribunal do júri a oito anos de prisão. Além de ter recorrido em liberdade ele, um ano depois, teve seu julgamento anulado. Levado a novo julgamento em 1996, foi-lhe imposta a pena de dez anos e seis meses. Mais uma vez recorreu em liberdade e somente 19 anos e 6 meses após os fatos, em 2002, é que M.A.H.V foi preso. Cumpriu apenas dois anos de prisão. Essa é a história de Maria da Penha²⁰.

A história de Maria da Penha não é muito diferente das histórias que todos já tivemos conhecimento, de um modo ou de outro, mas, felizmente, teve grande repercussão. Sobre tal fato, prossegue a citada autora,

A repercussão foi de tal ordem que o Centro pela Justiça e o Direito Internacional – CEJIL e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM formalizaram denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos. Apesar de, por quatro vezes, a Comissão ter solicitado informações ao governo brasileiro, nunca recebeu resposta. O Brasil foi condenado internacionalmente em 2001. O Relatório da OEA, além de impor o pagamento de indenização no valor de 20 mil dólares em favor de Maria da Penha, responsabilizou o Estado brasileiro por negligência e omissão em relação à violência doméstica, recomendando a adoção de várias medidas, entre elas 'simplificar os procedimentos judiciais penais a fim de que possa ser reduzido o tempo processual'. Foi em face da pressão sofrida por parte da OEA que o Brasil, finalmente, cumpriu as convenções e tratados internacionais dos quais é signatário. Daí a referência constante da ementa contida na Lei Maria da Penha à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e à Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher²¹.

²⁰ DIAS, Maria Berenice. A lei maria da penha na justiça: a efetividade da lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica contra a mulher. 1. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2007. p. 58.

²¹ DIAS, Maria Berenice. A lei maria da penha na justiça: a efetividade da lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica contra a mulher. 1. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2007, p. 58/59.

Assim, em que pese a pressão sofrida pelo Brasil, o fato é que a edição desta Lei fez parte do PNPM e, em 2006, entrou em vigor.

Especificamente no que pertine a questões envolvendo saúde, diz o artigo 3º desta Lei diz que serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Numa interpretação extensiva da Lei Maria da Penha, de acordo com o amplo conceito de saúde destacado inicialmente, podemos dizer que existem, como agressão à saúde, cinco formas de violência contra a mulher reconhecidas na lei: a violência física, a psicológica, a sexual, a patrimonial e a violência moral²².

A violência física é qualquer conduta que ofenda a integridade física ou a saúde corporal da mulher; a psicológica é qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição de auto-estima ou que prejudique e perturbe seu pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação²³.

A violência sexual é qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, por meio de intimidação, ameaça, coação ou uso da força. Também é violência sexual qualquer conduta que induza a mulher a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, sua sexualidade;

²² BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em <http://presidencia.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

²³ BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em <http://presidencia.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

que a impeça de utilizar-se de métodos contraceptivos ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, por meio de chantagem, suborno ou manipulação, ou, então, que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos²⁴.

Como violência patrimonial tem-se qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades²⁵.

Por fim, a violência moral, que é qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria contra a mulher²⁶.

Claro que a lei previu medidas integradas de prevenção à violência contra a mulher, assinalando-se, neste artigo, o inciso I do artigo 8º, cuja diretriz é a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação.

Especificamente no que concerne à saúde, as diretrizes contidas não só na Lei Maria da Penha, mas também no PNPM, possibilitaram a implementação de serviços de atendimento às mulheres que são vítimas de violência sexual, o que inclui desde a anticoncepção de emergência até a garantia do aborto legal.

Tal serviço, inicialmente restrito às capitais, hoje tem ganhado significativo avanço sendo metas do II PNPM a construção, entre outras, a reforma ou reaparelhamento de 764 serviços especializados de atendimento em situação de violência; a capacitação de 170.000 profissionais das áreas de segurança pública, saúde, educação, assistência social, justiça e demais áreas da rede de atendimento; e a ampliação em 100% da rede de atenção integral à saúde de mulheres e adolescentes em situação de violência²⁷.

²⁴ Ibidem.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem.

²⁷ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

Tanto o I quanto o II PNPM previram formas para sua implementação o que resultou no eixo denominado “gestão e monitoramento do plano”, cujo objetivo geral é, portanto, implementar o Plano Nacional de Política para as Mulheres, de forma eficiente, eficaz e efetiva, com transparência das ações e articulações entre os diferentes órgãos dos governos federal, estaduais e municipais.

Sendo a saúde um dever do Estado, natural que este dever seja dividido entre os entes federados brasileiros, de acordo com o sistema de competência constitucionalmente previsto.

Desta maneira, como objetivos específicos, o PNPM prevê a viabilização da gestão compartilhada e transversal na administração pública federal, estadual e municipal, ampliando o conhecimento sobre a situação das mulheres na sociedade brasileira e das políticas públicas de gênero, estimulando o controle social da implementação deste PNPM, revisando e implementando o Sistema de Acompanhamento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres²⁸.

5 Indicadores de avaliação

Com vistas a tal implementação, em setembro de 2009, o governo federal, através de Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, lançou o Relatório Final de Implementação do I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, relativo ao período de 2005 a 2007.

Fizeram parte do Comitê de Articulação e Monitoramento do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, quando do lançamento do Relatório Final, entre outros, a Secretaria Especial de Política para as Mulheres, a Casa Civil, o Ministério da Educação – MEC, o Ministério da Justiça – MJ, o Ministério da Saúde – MS, o Ministério das Cidades – MCid, o Ministério do Desenvolvimento Agrário – MDA, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, o Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, o Ministério de Minas e Energia – MME, o Ministério da Cultura – MinC, o

²⁸ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

Ministério do Meio Ambiente – MMA, o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH, a Secretaria Especial de Políticas para a Promoção de Igualdade Racial – Seppir, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, além do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM, de organismos governamentais de políticas para as mulheres do Poder Executivo Estadual [Rio de Janeiro e Acre] e de organismos governamentais de políticas para mulheres do Poder Executivo Municipal [Maringá, no Estado do Paraná, Campinas, no Estado de São Paulo, e Rio Branco, no Estado do Acre]²⁹.

Segundo tal relatório, no que diz respeito à referência para a atenção especializada à mulher em situação de violência, o Ministério da Saúde tinha registrado, até novembro de 2006, o funcionamento de 131 hospitais de referência, sendo que 69 deles estão preparados para a realização do aborto previsto no Código Penal e na Lei Maria da Penha³⁰.

Esses estabelecimentos de saúde estão distribuídos em todos os estados da federação, o que significa dizer que houve, portanto, um aumento significativo do número de serviços prestados às mulheres em situação de violência doméstica ou familiar.

Ainda segundo o Relatório Final, entre 2004 e 2007 foram capacitados cerca de 8 mil profissionais das Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres, Casas-abrigo, Centros de Referência, Defensorias Especializadas e serviços da rede de saúde, donde se destacam postos e hospitais como porta de entrada à rede de serviços de proteção às mulheres³¹.

Assim, no campo da Saúde, o Relatório dá conta de que o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Políticas para Mulheres, criou 39 serviços de atendimento a casos de violência sexual e intensificou a distribuição de contraceptivos de emergência, sendo que, atualmente, 121 hospitais de referência

²⁹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Relatório final de implementação: I plano nacional de políticas para as mulheres - 2005-2007*. Brasília : SPM, 2009.

³⁰ Ibidem, p. 78.

³¹ BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Relatório final de implementação: I plano nacional de políticas para as mulheres - 2005-2007*. Brasília : SPM, 2009. p. 77.

formam a Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual, utilizando um mesmo protocolo de atendimento que inclui: a profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, a atenção psicossocial a mulheres em situação de violência e a contracepção de emergência. Desses hospitais, 53 prestam, efetivamente, os serviços de interrupção da gravidez previstos em lei³².

Neste diapasão, não há, no relatório, qualquer justificativa para o fato de que dos 69 hospitais preparados para tais serviços somente 53 os prestem de forma efetiva.

Merece destaque, segundo o Relatório, a promulgação da Lei n. 10.778, de 2003, que criou a notificação compulsória dos casos de violência sexual nos serviços de saúde, públicos ou privados – o que contribuiu para o fortalecimento e a qualificação da Rede de Proteção Integral à Mulher³³.

Nesta medida, é possível verificar que, com a promulgação da Lei Maria da Penha e da instituição do PNPM, houve avanços em relação à saúde da mulher vítima de violência no Brasil, avanços estes, contudo, que não são suficientes para resolver os graves problemas relacionados a esta seara.

6 Da necessidade de readequação da PNPM

Segundo estudo da Universidade Federal de São Paulo, feito com 7 mil famílias, em 108 cidades do Brasil, o álcool funciona como combustível da violência doméstica, e em quase metade das agressões sofridas pelas mulheres – 49,8% – o autor das surras estava embriagado³⁴. Segundo dados do Ministério da Saúde, nas unidades de referências de atendimento à mulher, 30,3% das mulheres vítimas de violência doméstica relatou a ingestão de bebida alcoólica por parte do agressor. Ainda que o índice seja, aparentemente, menor, há que se considerar que nem toda

³² Ibidem, p. 78.

³³ Ibidem, p. 80.

³⁴ BRASIL. Agência Patrícia Galvão. Portal Violência contra a Mulher. Disponível em <http://violenciamulher.org.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

a mulher que sofre violência doméstica chega a ir às unidades de referência em busca de atendimento médico, reservado para os casos de grave agressão física³⁵.

Assim, nos parece que a saúde da mulher, notadamente no seu aspecto preventivo, deve estar relacionada com a atenção dispensada ao companheiro, à saúde do companheiro mais especificamente, a fim de que seja tratada de forma muito pontual a questão do alcoolismo.

Interessante notar que no PNPM não há nenhum eixo que trate, ainda que perfunctoriamente, da relação direta entre violência contra a mulher [com os conseqüentes efeitos em sua saúde] e o alcoolismo de seus companheiros.

Portanto, entendemos como necessária a readequação do PNPM a fim de que dele conste, como eixo específico ou como meta/prioridade dos eixos de saúde e/ou do enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher, o enfrentamento do alcoolismo de seus companheiros, pois o trato deste problema pode significar uma redução significativa nos casos de violência contra a mulher, o que provoca, conseqüentemente, melhora de sua saúde.

Nos parece, assim, que uma importante questão foi posta de lado, o que significa prejuízo não só ao combate à violência contra mulher, mas também a todos os aspectos que se referem à sua saúde, o que deve ser corrigido pelo Estado, como forma de efetivação do direito à saúde previsto no já citado artigo 196 da CF/88.

7 Conclusão

Reconhecida a desigualdade da mulher frente ao homem, correta a criação de política pública destinada exclusivamente à mulher, como forma de garantir seu acesso, efetivo, à saúde, em reconhecimento expresso ao direito que lhe é constitucionalmente previsto.

³⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório Brasil da Igualdade de gênero. Página institucional. Feed de notícias. Disponível em <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/ministerio-da-saude-divulga-dados-sobre-efeito-do-alcool-nos-indices-de-violencia-domestica>. Acesso em 31 de março de 2012.

Sendo a saúde a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, ou seja, um conceito que envolve bem-estar físico, mental e social, a violência contra a mulher significa a violação destes requisitos, traduzindo-se, portanto, violência contra a mulher não só em ofensa à sua saúde, mas como relevante caso de saúde pública.

Deste modo, a criação de mecanismos de prevenção de violência, como é o caso da Lei Maria da Penha, desempenham papel preponderante na promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher, possibilitando, inclusive, a redução de desigualdades entre homens e mulheres.

Deste modo, importante dizer que um dos aspectos que envolvem a prevenção da violência contra a mulher deve, obrigatoriamente, perpassar pela saúde do companheiro, com o tratamento do alcoolismo de seus companheiros, senão como eixo, como meta/prioridade, dos eixos de saúde da mulher e de enfrentamento de todas as formas de violência contra a mulher.

Portanto, deve o Estado, formulador do PNPM proceder à sua readequação, com a inclusão da meta/prioridade ou eixo acima, a fim de que a saúde da mulher possa ser, de fato, preservada.

8 Bibliografia

ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JUNIOR, Luiz. *Bases da saúde coletiva*. Londrina : UEL, 2001.

ANGULO-TUESTA, Antonia. Violência contra a mulher – interfaces entre os setores de saúde e de direito.

APPIO, Eduardo. *Controle judicial das políticas públicas no Brasil*. 1. ed., 2 tir. Curitiba : Juruá, 2006.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo : Ática, 2006. (Série história em movimento), p. 47.

BRASIL. Constituição (1988). Disponível em <http://presidencia.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

_____. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em <http://presidencia.gov.br>. Acesso em 15 de janeiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório Brasil da Igualdade de gênero. Página institucional. Feed de notícias. Disponível em <http://www.observatoriodegenero.gov.br/menu/noticias/ministerio-da-saude-divulgados-sobre-efeito-do-alcool-nos-indices-de-violencia-domestica>. Acesso em 31 de março de 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Relatório final de implementação: I plano nacional de políticas para as mulheres - 2005-2007*. Brasília : SPM, 2009.

_____. Agência Patrícia Galvão. Portal Violência contra a Mulher. Disponível em <http://violenciamulher.org.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo : Hucitec, 2006. (Saúde em debate 52), p. 60.

DALLARI, Sueli Gandolfi. *Os estados brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo : Hucitec, 1995.

_____. *A saúde do brasileiro*. - 10. ed. - São Paulo : Moderna, 1987. (Coleção polêmica).

_____. Direito sanitário. In: BRASIL. *Direito sanitário e saúde pública*. Brasília : Ministério da Saúde, 2003, v. 1

DIAS, Maria Berenice. *A lei maria da penha na justiça: a efetividade da lei 11.340/2006 de combate à violência doméstica contra a mulher*. 1. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 2007.

SALAZAR, Andréa Lazzarini; RODRIGUES, Karina; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. Assistência privada à saúde: regulamentação, posição e reflexos no sistema público.

In: BRASIL. *Direito sanitário e saúde pública*. - Brasília : Ministério da Saúde, 2003, v. 1.

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo : SENAC, 2002.