

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS

THERESA RAQUEL BETHONICO CORREA MARTINEZ

**DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO BRASIL E NA ESPANHA**

MONTES CLAROS – MG  
Março/2016

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL – PPGDS

THERESA RAQUEL BETHONICO CORREA MARTINEZ

**DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS DE SAÚDE E  
ASSISTÊNCIA A MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NO BRASIL E NA ESPANHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Social, da Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Social.

Orientadora: Profa. Dra. Sarah Jane Alves Durães

MONTES CLAROS – MG  
Março/2016

M385d      Martinez, Theresa Raquel Bethônico Corrêa.  
Desenvolvimento, políticas de saúde e assistência a mulheres vítimas de  
violência no Brasil e na Espanha [manuscrito] / Theresa Raquel Bethônico Corrêa  
Martinez. – Montes Claros, 2016.  
142 f. : il.

Bibliografia: f. 133-137.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -Unimontes,  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social/PPGDS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Sarah Jane Alves Durães.

1. Desenvolvimento. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Violência sexual contra  
mulheres. 4. Brasil. 5. Espanha. I. Durães, Sarah Jane Alves. II. Universidade  
Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO SOCIAL - PPGDS

Dissertação de Mestrado intitulada “Desenvolvimento, políticas de saúde e assistência a mulheres vítimas de violência no Brasil e na Espanha” de autoria da mestranda Theresa Raquel Bethônico Corrêa Martinez, aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Profª. Dra. Sarah Jane Alves Durães – Orientadora - UNIMONTES

---

Profª. Dra. Cláudia de Jesus Maia – Examinadora - UNIMONTES

---

Prof. Dr. Herbert Toledo Martins – Examinador - UFRB

*Dedicatória*

*Dedico este trabalho a  
todas as mulheres que  
sofreram violência sexual.*

### *Agradecimentos*

Nenhum sonho é alcançado sozinho. Faço uso deste espaço para agradecer a todos que compartilharam deste sonho comigo.

A Deus, pela vida e pela saúde física e mental para executar este trabalho.

Aos meus pais, Raquel e Maurício, pela compreensão da minha ausência e mesmo assim motivarem minha caminhada, mas em especial à minha mãe por, mesmo à distância, ter sempre as palavras de sabedoria que eu sempre precisava. Você é minha luz, mãe!

Ao meu marido, Angel, pelo apoio, ajuda, pela paciência quando eu achei que realmente não ia conseguir.

Ao meu filho Enzo, que veio ao mundo no meio desta caminhada, mas me mostrou que aquilo que era pra ser difícil, ficou ainda mais gratificante pelo simples fato dele existir.

À Sofia, minha filha que ainda virá, mas que representa uma resposta divina às minhas preces de que eu ainda posso muito mais.

Aos meus sogros, Angel e Maria Conceição, pela disponibilidade e apoio, inclusive em ficar com o Enzo para que eu pudesse viajar para fazer minha pesquisa.

Aos meus cunhados Talita, André, Diego e, em especial, Ana Paula, com quem troquei confissões e muitas dúvidas, e sempre me ofertou um ombro amigo.

À minha professora e orientadora Sarah Jane, fonte inesgotável de conhecimento a quem eu devo a execução de todo este trabalho. Pelas conversas e conselhos, pelos e-mails, telefonemas, pelas risadas e broncas, pela companhia na viagem a Barcelona, por permitir essa experiência de vida incrível e se empenhar ao máximo para que ela se tornasse realidade.

À Professora Luciene Rodrigues que, através de sua disciplina, me abriu os olhos, a mente e o coração para o desafio de um estudo comparado.

Aos colegas do Hospital Universitário Clemente de Faria HUCF e, em especial, à equipe da Coordenação da Maternidade Maria Barbosa, pelo incentivo e por entenderem as vezes em que me fiz ausente.

Às minhas ajudantes queridas, Elza, que cuida da minha casa com tanto zelo, e Marizete, que ficando com Enzo aos finais de semana, me permitindo ter mais tempo e tranquilidade para me dedicar a este trabalho.

À belíssima cidade de Barcelona, e aos entrevistados que me receberam com uma cordialidade inefável, em especial ao Dr. Manel Santiaña, pela organização e companhia na condução das entrevistas.

Aos entrevistados em Montes Claros, muitos deles colegas de trabalho, de luta nessa causa tão nobre que é a violência sexual contra mulheres, pela prestatividade em fazer parte desta pesquisa.

Aos meus colegas do mestrado, pela deliciosa companhia durante as aulas, pelo apoio ofertado nas minhas dificuldades, pela boa troca de experiências. Só de tê-los conhecido valeu a pena todo o esforço.

Aos demais professores do PPGDS, pelo compartilhamento de tantos saberes, pelos eventos, e aos demais funcionários do Programa, pelo empenho e dedicação com que fazem desse Programa um sucesso!

Aos demais amigos tão queridos, que sabem desta minha jornada, em especial a minhas amigas de Uberlândia, e ao grupo de mães do qual faço parte, pelas palavras de incentivo.

Ao Billy (em memória) e ao Pingo, companheiros de tantas madrugadas...!

“Mas é preciso ter manha,  
É preciso ter graça  
É preciso ter sonho sempre.  
Quem traz na pele essa marca  
Possui a estranha mania,  
De ter fé na vida”

*Maria, Maria (Milton Nascimento)*



## RESUMO

O presente trabalho realizou um estudo comparado entre Brasil e Espanha, no que tange à assistência prestada a mulheres que sofreram violência sexual, especificamente em Montes Claros/MG e em Barcelona, capital da comunidade autônoma da Catalunha. A análise considera a perspectiva do desenvolvimento acerca das políticas públicas para mulheres, enfatizando aquelas políticas que foram mais significativas após os anos 2000 em ambos os países. O marco legislativo para este estudo consistiu na Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres (2003), no Brasil, e a Promulgação da Lei Orgânica 1/2004, que instituiu as medidas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero, na Espanha. Estabeleceu-se como unidades comparativas a questão conceitual, envolvendo as diversas definições de violência contra a mulher, as legislações pertinentes ao tema em cada país; as unidades hospitalares de referência para esses atendimentos, considerando os protocolos clínicos, equipe multidisciplinar de atuação profissional e encaminhamentos e ainda a participação da polícia local e do Instituto Médico Legal (IML). Nesse sentido, realizou-se uma pesquisa de campo, com entrevistas em formato semi-estruturado, aos profissionais envolvidos no atendimento às mulheres; para compreendê-las utilizou-se do método de análise de conteúdo, possibilitando inferências capazes de captar os aspectos subjetivos e objetivos sobre o fenômeno estudado, bem como sua pluralidade de significados. Considerando as categorias de análise escolhidas e selecionadas, os resultados indicam que a Espanha, em especial a Catalunha e, portanto Barcelona dispõe de melhores condições em termos legislativos, estrutural e organizacional para atender às vítimas de violência sexual, em relação ao Brasil, em especial Montes Claros.

**Palavras-chave:** desenvolvimento; políticas públicas de saúde; violência sexual contra mulheres; Brasil; Espanha.

## ABSTRACT

This paper made a comparative study between Brazil and Spain, regarding the assistance provided to women who had suffered sexual violence, specifically in Montes Claros / MG and Barcelona city, capital of the autonomous community of Catalunya. The analysis considered the development perspective on public policies for women, emphasizing those policies that were more significant after 2000 in both countries. The legislative mark for this study was the National Policy to Combat Violence Against Women (2003), in Brazil, and the promulgation of the Organic Law 1/2004 establishing the integral protection concepts against Gender Violence in Spain. It had established as comparative units the conceptual issue involving the various definitions of violence against women, the relevant legislation to the subject in each country; the hospitals of reference for these services, considering the clinical protocols, multidisciplinary team of professional practice and referrals and also the participation of the local police and the Legal Medical Institute (IML). In this perspective, it was made a field survey, with interviews in a semi-structured format to professionals involved in the care of women and, to understand them, we used content analysis method, enabling inferences able to capture the subjective and objective aspects of the studied phenomenon and its plurality of meanings. Considering the categories chosen and analyzed, the results indicate that Spain, especially Catalunya and therefore Barcelona has better conditions in legislative, structural and organizational terms to assist victims of sexual violence in relation to Brazil, especially Montes Claros.

**Keywords:** development; public health policies; sexual violence against women; Brazil; Spain.

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b>	<b>Unidades comparativas entre Brasil e Espanha</b>	<b>p. 22/23</b>
<b>Quadro 2</b>	<b>Brasil: Políticas públicas de saúde e leis que enfocam as mulheres entre os anos 2000 e 2015</b>	<b>p. 55/56</b>
<b>Quadro 3</b>	<b>Espanha: Políticas públicas de saúde e leis com enfoque nas mulheres entre os anos 2006 e 2014</b>	<b>p. 58</b>
<b>Quadro 4</b>	<b>Fluxo de funcionamento do HC em relação à vítima de violência sexual</b>	<b>p. 77</b>
<b>Quadro 5</b>	<b>Fluxo de funcionamento do HUCF em relação à vítima de violência sexual</b>	<b>p. 80</b>
<b>Quadro 6</b>	<b>Enfoques de desenvolvimento e de mulher/gênero</b>	<b>p. 142/143</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida

CA – Comunidade Autônoma

CAETAN - Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERDI – Centro Especializado de Referência Doenças Infecciosas

CVIG – Comissão Interna Violência de Gênero do HC

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento da Mulher

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FN – Ficha de notificação

GAD – Gender in development (Gênero e Desenvolvimento)

GAVS-HC – Guia Assistencial de Violência Sexual do HC

HC – Hospital Clínico Barcelona

HIV –vírus da imunodeficiência humana

HSJD – Hospital São João de Deus

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HUCF – Hospital Universitário Clemente de Faria

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML–Instituto de Medicina Legal

NAVCV – Núcleo de atendimento às vítimas de crimes violentos

OEA – Organização dos estados independentes

OMS –Organização Mundial de Saúde

ONU –Organização das Nações Unidas

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PBADCLS – Protocolo Básico de Atuação nos Delitos Contra a Liberdade Sexual

P.S. – Pronto Socorro

RAE – Academia Real Espanhola

RVD-BCN– Protocolo de Avaliação de Risco de Violência Contra a Mulher por Parceiro Íntimo ou Ex-parceiro

SEDPAC –Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania

SINAN – Sistema Informação de Agravos de Notificação

SPM – Secretaria de Política para mulheres

SUS – Sistema único de Saúde

TEPT-AGRESX –Programa de Prevenção e Tratamento das Sequelas Psíquicas em Mulheres

Vítimas de Agressão Sexual

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

WID –Woman in development (Mulheres e desenvolvimento)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
------------------------	-----------

### CAPÍTULO 1

<b>DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL E NA ESPANHA.....</b>	<b>25</b>
---	-----------

<b>1.1. Desenvolvimento e mulher/gênero .....</b>	<b>26</b>
<b>1.2. Desenvolvimento, mulher/gênero e políticas de saúde .....</b>	<b>34</b>
<b>1.3. Violência, violência contra mulheres e violência de gênero .....</b>	<b>36</b>
<b>1.4. Violência contra as mulheres no Brasil e na Espanha .....</b>	<b>44</b>
<b>1.5. Políticas de combate à violência contra as mulheres no Brasil e na Espanha .....</b>	<b>47</b>
<b>1.6. A legislação brasileira e a espanhola de violência contra as mulheres .....</b>	<b>51</b>

### CAPÍTULO II

<b><i>O CIRCUITO BARCELONA CONTRA A VIOLÊNCIA ÀS MULHERES E A REDE DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA EM MONTES CLAROS: CRIAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL .....</i></b>	<b>61</b>
--	-----------

<b>2.1. Protocolo Comum Para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero da Espanha e a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes no Brasil .....</b>	<b>62</b>
<b>2.2. O Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres .....</b>	<b>65</b>
<b>2.3. A Rede de Atenção à Violência no Brasil .....</b>	<b>69</b>
<b>2.4. Contexto de criação do Guia Assistencial de Violência Sexual do HC (GAVS) e do Protocolo Interno do HUUCF .....</b>	<b>73</b>
<b>2.5. Serviços de Assistência hospitalar .....</b>	<b>76</b>

<b>2.6. Chegada das vítimas ao Hospital Clínico e ao HUCF .....</b>	<b>81</b>
<b>2.7. Equipe hospitalar de assistência à vítima .....</b>	<b>84</b>
<b>2.7.1. Atuação da equipe multidisciplinar do HC .....</b>	<b>85</b>
<b>2.7.2. Atuação da equipe multidisciplinar do HUCF .....</b>	<b>87</b>
<b>2.8. Atuação da Polícia de Barcelona e da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher em Montes Claros .....</b>	<b>92</b>
<b>2.9. Seguimento psicológico posterior à violência .....</b>	<b>93</b>

### **CAPÍTULO III**

<b>O ESCRITO, O DITO E O FEITO: OS PROFISSIONAIS FALAM SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES .....</b>	<b>95</b>
<b>3.1. Questões conceituais que buscam definir os diferentes tipos de violência contra mulheres .....</b>	<b>95</b>
<b>3.2. A legislação de cada país com foco para as questões relacionadas às garantias e direitos das mulheres vítimas de violência sexual .....</b>	<b>102</b>
<b>3.3. Diferenças e semelhanças entre a assistência às mulheres vítimas de violência no Brasil e na Espanha .....</b>	<b>110</b>
<b>3.3.1. A equipe e a atuação de profissionais .....</b>	<b>111</b>
<b>3.3.2. Guia Assistencial do HC e Protocolo Interno do HUCF .....</b>	<b>117</b>
<b>3.3.3. Ativação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres (BCN) e da Rede de Atenção à Violência (MOC) e participação do IML .....</b>	<b>118</b>
<b>3.3.4. Atuação policial .....</b>	<b>121</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>128</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>139</b>

## INTRODUÇÃO

Apresento ao(à) leitor(a), de início, a origem e a trajetória deste trabalho, de modo a evidenciar o quão difícil foi cumprir o requisito do distanciamento, à fim de elaborar uma pesquisa de caráter mais científico, descartando as emoções e impressões pessoais que perpassam o cotidiano de trabalho em um hospital.

Sou socióloga concursada e trabalho no Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF<sup>1</sup> desde 2007 e, especificamente, lotada na Maternidade. O referido hospital é referência para o município de Montes Claros e região nos atendimentos às vítimas de violência física e sexual, sendo que os casos de violência sexual são atendidos na Maternidade. Via de regra, sou a responsável pelo contato, agendando os horários e orientando as vítimas e familiares. Não obstante, também sou responsável pela organização e arquivamento das fichas relacionadas aos atendimentos, exames, anamneses clínicas e relatórios e, por vezes, pelo acompanhamento dessas vítimas dentro da instituição, acolhendo-as e escutando-as, de modo a poder obter as primeiras informações e repassar para o médico e para o psicólogo.

Dessa forma, na condição de socióloga, essas intervenções passaram a ser motivo de reflexões constantes, chamando-me atenção, inclusive, para os dados quantitativos. Desde 2007, quando comecei a trabalhar no hospital, até agosto de 2015, somam-se mais de 750 atendimentos envolvendo principalmente mulheres; 75% dos atendimentos são de casos com crianças e adolescentes. Se considerarmos o início de funcionamento do ambulatório para atender essas vítimas, em 2003, são quase 1.000 atendimentos, sendo que 85% deles estão relacionados com a violência sexual; vão desde a consumação do ato, cópula pênis-vagina, até penetrações anais e orais, toques e carícias, sem que haja consentimento da mulher. Frisa-se ainda que, em sua quase totalidade, os abusadores são sempre homens: pais, padrastos, tios, vizinhos, amigos, maridos, companheiros, conhecidos, pessoas que em geral exercem uma relação de confiança ou o dever de cuidados com a vítima. Quando se trata de abusos por desconhecidos, todos são do sexo masculino (Fonte: Dados Estatísticos, Maternidade Maria Barbosa – HUCF)

---

<sup>1</sup> Esta instituição é um hospital-escola e faz parte da Universidade Estadual de Montes Claros, localizada na cidade de Montes Claros, na região norte do Estado de Minas Gerais.



Nesse sentido, por se tratar de um fenômeno cuja amplitude atinge direta ou indiretamente a todos, surge a necessidade de encontrar explicações plausíveis e possíveis soluções tanto no campo teórico (o que é violência?) quanto no plano prático (o que fazer com a violência?), de modo a poder amenizar seus impactos sociais. Lisboa (2015)<sup>2</sup>, em seus estudos sobre o tema, destaca que o fenômeno da violência deve ser compreendido enquanto representação social, na medida em que é entendido como uma transgressão, por violar qualquer dimensão humana, independentemente de esta dimensão estar ou não prevista em lei.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de violência consiste no “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. A definição da OMS serve de parâmetro para conceituar outro tipo de violência, que é a base deste estudo: a violência contra mulheres.

Além dos atendimentos no Hospital, o tema violência sexual contra mulheres me leva a participar de eventos, ministrar palestras para estudantes de graduação e pós-graduação para falar um pouco da nossa experiência; participar de reuniões, seja no âmbito da saúde, da segurança pública, da assistência social e jurídica, além de diversas entidades que também trabalham com o assunto.

Mediante essas informações, é certo que o presente trabalho tem uma natureza pessoal, com características que podem ser observadas no decorrer de toda a escrita e, por vezes, inclusive nas falas dos entrevistados, já que alguns deles trabalham diretamente comigo. Todavia, espero que o/a leitor/a reconheça a preocupação que, no bojo de tanta pessoalidade, empreendeu-se o exercício de atribuir ao meu cotidiano uma análise de caráter científico, embasado pela racionalidade, tão imprescindível na construção e na condução de uma pesquisa como a que ora desejo apresentar.

Assim, fazendo parte dessa difícil, mas necessária rotina, é que surgiu meu objeto de pesquisa: realizar um estudo comparado entre o Hospital Universitário Clemente de Faria e o Hospital Clínico, também um hospital-escola, que integra a Universidade de Barcelona (Espanha). Entretanto, o objetivo principal não visava apenas comparar as unidades

---

<sup>2</sup>Palestra proferida por Manuel Lisboa no V Colóquio Internacional: A universidade e os modos de produção do conhecimento – para que desenvolvimentos?, promovido pelo Programa de Pós Graduação em desenvolvimento Social – PPGDS, na Universidade Estadual de Montes Claros, de 02 a 04 de setembro de 2015.

hospitalares, mas, sobretudo, a rede ou circuito<sup>3</sup> que elas integram. Sendo assim, cumpre ainda esclarecer: mas por que e o que comparar?

Parte-se da constatação de que o processo de comparação decorre da necessidade inerente ao ser humano para buscar soluções exitosas para seus problemas, com base em propostas realizadas em outros países, numa tentativa de aplicá-las, na medida do possível, à realidade, como meio de alcançar e de promover ações que favoreçam uma parcela maior da população.

Conforme assevera Franco:

Fazer analogias, comparar são processos inerentes à consciência e à vida humana. Da mesma forma, procurar conhecer diferentes soluções que outros países e outros povos dão a seus problemas, às suas instituições, como no caso da educação, sempre foi um meio de desenvolvimento e de enriquecimento. Mas para fazer comparações, além da dificuldade de entender as diferentes línguas e seus complexos significados, há ainda o problema do conhecimento e da interpretação de sua história e de sua cultura. (FRANCO, 2000, p. 198).

Sartori (1999) enfatiza a viabilidade e importância de estudos comparados ao considerar os atributos que podem ser comparados. Para ele, é preciso que esteja clara a existência de similaridade naquilo que se deseja comparar; na contrapartida, os atributos que não podem ser comparados, pois não existem similitudes, isto é, atributo que permita comparação. Quando existe essa possibilidade real de estabelecer as características comparáveis e aquelas que não são comparáveis, o método de comparação é válido, possível e útil. Segundo o autor, “as comparações que, sensatamente interessam, se dão entre entidades que possuem atributos que, em parte, são compartilhados (pela similaridade) e em parte não (por não haver unidades de comparação)” (SARTORI, 1999, p. 35, tradução nossa).

O desejo, corroborado e amparado pelo enfoque científico desta possibilidade, estendeu a necessidade de compreensão, não apenas da unidade hospitalar do Hospital Clínico, mas, sobretudo, do sistema de proteção de direitos das mulheres que sofreram alguma violência, de forma mais ampliada, na Espanha e, em especial, na Catalunha, comunidade autônoma a que pertence a cidade de Barcelona.

A cidade dispõe ainda de um Circuito Contra a Violência às Mulheres (que será apresentado nos Capítulos II e III), envolvendo entidades governamentais, Polícia, IML que, a

---

<sup>3</sup>Expressões utilizadas em Montes Claros e em Barcelona, respectivamente, para designar um conjunto de ações e entidades que prestam assistência às vítimas de violência, em suas várias dimensões: médicas, psicológicas, jurídicas, de assistência social.

princípio, em alguns aspectos, se equiparam ao que se encontra em Montes Claros e que, por sua vez, permitem estabelecer unidades de comparação entre ambas as cidades, com suas semelhanças e diferenças.

Brasil e Espanha apresentam relevantes e preocupantes indicadores sobre violência. No Brasil, de acordo com o IBGE e a Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) do Governo Federal, entre os anos de 2009 e julho de 2012 foram registradas 47.555 registros de atendimento na Central de Atendimento à Mulher<sup>4</sup>. Desses atendimentos, 10,7% (5.107) foram de denúncias de violência sexual, exploração ou assédio sexual. Dados apresentados pela Secretaria de Estado e Defesa Social (SEDS)<sup>5</sup>, disponíveis no sítio eletrônico do Governo do Estado de Minas Gerais, apontam que o município de Montes Claros e a região na qual o município se insere (norte de Minas) possuem destaque quando analisadas as taxas de criminalidade que dizem respeito aos crimes violentos contra a pessoa e, sobretudo, a mulher. Trata-se de uma região em franco processo de crescimento, mas que enfrenta sérios problemas econômicos, agravados nesse caso por uma extensa malha viária, o que enseja a viabilização e a facilitação da exploração sexual, tráfico de entorpecentes e, por conseguinte, aumento dos índices de criminalidade e de violência.

Na Espanha, todos os anos são registrados cerca de 7.000 reclamações de agressão sexual, de acordo com dados fornecidos pelo Instituto da Mulher (2009). Face à população espanhola, que atualmente é de cerca de 46 milhões de pessoas<sup>6</sup>, esses números podem ser pouco expressivos, pois correspondem a apenas 1,5% da população. Todavia, ao analisar que são 7.000 mulheres que tiveram sua dignidade violada, em decorrência de atos não consentidos, o número passa a ser bem expressivo, motivo pelo qual se justifica a necessidade de um serviço de saúde pública preparado e capacitado para atender tais vítimas. Fato que desencadeou, especificamente no governo de José Luis Zapatero, a partir de 2004, a adoção de diferentes políticas para combater a violência contra as mulheres. Não obstante, é preciso dizer que esses dados correspondem ao número de reclamações, mas não aos números reais de agressões sexuais, haja vista que existem mulheres que optam por não denunciar a violência sofrida.

---

<sup>4</sup>Trata-se de uma Central de Atendimento à Mulher, (com ligação gratuita, cujo número é 180) e serve como canal de comunicação e denúncias de violências sofridas por mulheres. Disponível em: <<http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/2822-violencia-contra-mulher.html>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

<sup>5</sup>Disponível em: <<http://www.mapaderesultados.mg.gov.br/QvAJAXZfc/opensdoc.htm?document=MapaResultados.qvw&host=QVS@vm13532&anonymous=true&sheet=SHCrimesViolentos>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

<sup>6</sup> Dados disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ine.es/>. Acesso em: 15 jan. 2016.

Nesse sentido, a Espanha é um dos países mais desenvolvidos em termos de políticas públicas para mulheres vítimas de violência, seja ela sexual, física, doméstica, de gênero ou machista, como eles mesmos costumam denominar. Embora a legislação principal a respeito do assunto seja relativamente recente, pois data de 2004 (Lei Orgânica de 2004), o tema é tratado com muita seriedade pelo país e influenciou aspectos jurídicos e sociais, inclusive com a criação de leis e políticas públicas que versam sobre esse assunto, não apenas em outros países europeus, mas também no Brasil. O contexto histórico teve grande influência, já que os Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) voltaram sua atenção para a relevância da violência contra mulheres. Assim, as determinações da ONU, por meio de realizações de Conferências Internacionais serviram de parâmetros para diversos avanços que nortearam as legislações e políticas públicas no Brasil e na Espanha.

Não por coincidência, a Política Nacional de Enfrentamento à violência contra mulher no Brasil data de 2003, e embora anterior à lei espanhola, foi influenciada pela discussão acerca do tema em países como a Espanha. Ressalta-se ainda a influência do país espanhol na criação da Lei Maria da Penha (lei nº. 11.340), que data de 2006.

Não obstante, a forte relação histórica e cultural existente e compartilhada entre os dois países, o que enseja motivos para compará-los, há ainda de se salientar o fato de que ambos os serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual são oferecidos por hospitais universitários vinculados a instituições educacionais e que, por sua vez, estão voltadas não apenas para a assistência em si, mas também para a formação de profissionais capacitados que exercem papel de multiplicadores do conhecimento aprendido.

Ademais, nos dois países foi identificada uma correlação existente entre outros serviços que prestam assistência a essas vítimas (rede/circuito), num modelo de colaboração que apresenta em si semelhanças e diferenças importantes.

No que tange à natureza qualitativa do trabalho, em termos metodológicos, foi realizada uma pesquisa documental e bibliográfica que analisa os protocolos clínicos, documentos e publicações de ambos os hospitais referenciados para atendimentos, bem como a legislação acerca do tema nos dois países, tanto em nível nacional como regional. Realizou-se ainda uma visita de campo aos dois hospitais, com intuito de observar o espaço físico, acomodações, fluxos de atendimento e, na sequência, foram entrevistados os profissionais envolvidos nos atendimentos. A visita a campo também contemplou as demais instituições e órgãos relacionados, como atendimentos que incluem polícia, Instituto Médico Legal (IML) e outros serviços que, por ventura, façam parte dessa rede/circuito.

As entrevistas foram realizadas no formato semi-estruturado<sup>7</sup>, com algumas perguntas específicas aos profissionais, já que o objetivo deste estudo é comparativo, mas não exclui a característica interacionista que permeia esse método de coleta de dados, o que permite ao entrevistado uma abertura para expor opiniões e inferências acerca do tema abordado, acrescentando ao trabalho a natureza qualitativa.

O levantamento de dados em Barcelona foi acompanhado pelo médico responsável pelo serviço de qualidade e Segurança Clínica do Hospital Clínico (HC), Dr. Manel Santinã que também foi um dos entrevistados. Além dele conversamos ainda com a médica responsável pelo serviço de doenças infecciosas, Dra. Leon; a responsável pelo serviço de Enfermagem, Sra. Teresa Echevarría; o assistente social, que também faz parte do atendimento às vítimas de violência sexual, Sr. Ferran Céspedes e a Dra. Anna Torres, psicóloga, representando a equipe do HC no serviço de Psiquiatria e Psicologia.

Externamente ao HC, mas ainda fazendo parte do Circuito de Violência estabelecido entre as principais entidades, foram entrevistados: Dr. Jorge Medalio do Instituto de Medicina Legal da Catalunha; Sra. Cristina Macias, assistente social do Hospital pediátrico São João de Deus (Sant Joan de Deus, em catalão), local em que são realizados os atendimentos a crianças e adolescentes até 16 anos, quando são vítimas de violência sexual, localizado na cidade de Esplugues de Llobregat, pertencente à região metropolitana de Barcelona; Sra. Anna Ballesteros, referência técnica do Consórcio Sanitário de Barcelona e do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres e por fim a capitã Sra. Zamorano, chefe do serviço de Polícia Regional (Mossos d'Esquadra /Policía Autonómica) de Barcelona.

Em Montes Claros, as entrevistas foram realizadas no HUCF, sendo entrevistados: Dr. Laércio Fonseca Costa, médico coordenador da Maternidade Maria Barbosa e do Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual; Sra. Leidiane Ruas, gerente responsável pelo serviço de enfermagem da Maternidade; Sra. Ellen Cristiane Martins, coordenadora do Serviço Social do HUCF; e Sra. Aldenise Athayde, uma das psicólogas responsáveis pelo atendimento a vítimas de violência da Maternidade.

---

<sup>7</sup>Segundo Boni e Quaresma, “as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados”. (BONI; QUARESMA, 2005, p. 75).

Também foram entrevistadas a Dra. Rosana de Fátima Braga (médica), o Sr. Mauro José Roque (bioquímico) e o Sr. Antônio Carlos Ferreira (psicólogo) responsáveis pelo atendimento do Centro Especializado Referência para Doenças Infecciosas (CERDI) do município de Montes Claros, localizado na Policlínica do Alto São João; Sra. Dayse Menezes, coordenadora responsável pelo Núcleo de Atendimento às Vítimas de Crimes Violentos (NAVCV); Dr. Juliano Flavio Gabrich, responsável pelo IML e Dra. Karine Maia, delegada que responde pela Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM).

Como já mencionado, embora as entrevistas tenham sido aplicadas num formato semi-estruturado, permitindo aos entrevistados realizar inferências e percepções acerca do que foi questionado, alguns aspectos comuns foram questionados para todos como, por exemplo, as percepções acerca dos conceitos de violência de gênero, violência contra mulheres, violência doméstica e, em Barcelona, foi ainda incluída a percepção sob violência machista (masclista, em catalão). Também estiveram presentes questões sobre legislação, aspectos relacionados às legislações dos respectivos países, normas hospitalares e protocolos clínicos para os que estavam envolvidos com as searas da saúde.

Assim, no que tange aos objetivos deste trabalho, as questões colocadas aos entrevistados pretendiam compreender, interpretar e comparar as seguintes unidades comparativas.

### Quadro 1 – Unidades comparativas entre Brasil e Espanha

<b>Unidades comparativas</b>	<b>Brasil</b>	<b>Espanha</b>
<b><u>Legislação</u></b> Acerca da proteção de mulheres vítimas de violência sexual	Constituição, Código Penal, Normas técnicas do Ministério da Saúde, Política Nacional de Enfrentamento à violência contra mulher	Constituição, Código Penal, Lei Orgânica de 2004 – Medidas de Protección Integral contra laViolencia de Género
<b><u>Conceitos</u></b> Definições dos entrevistados acerca de conceitos de violência envolvendo mulheres	Violência de gênero, violência contra mulheres, violência doméstica.	Violência de gênero, violência contra mulheres, violência machista, mulheres mal tratadas, violência sexista
<b><u>Unidades hospitalares</u></b> - <b>atuação</b> <b>equipe</b> <b>multiprofissional</b> (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos)	Hospital Universitário Clemente de Faria (Montes Claros)	Hospital Clínico (Barcelona)

- protocolos institucionais de atendimento		
- encaminhamentos/ Seguimentos		
<u>Atuação Policial</u>	Delegacia Especializada de Atendimento às Mulheres (DEAM)	Polícia Regional da Catalunha
<u>Instituto de Medicina Legal</u>	IML – Montes Claros	IML – Catalunha/Barcelona

Quanto à escolha do método de análise das entrevistas, para compreendê-las optou-se pela metodologia da análise de conteúdo, com objetivo de apreender, inferir sobre o fenômeno estudado, sua essência e a pluralidade de significados.

Sobre o tema, Bardin ressalta ser a *análise de conteúdo* um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que possui duas funções distintas que se complementam:

Uma função heurística; a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta. É a análise de conteúdo ‘para ver o que dá’. Uma função de ‘administração da prova’. Hipóteses sob a forma de questões ou de afirmações provisórias servindo de diretrizes apelarão para o método de análise sistemática para serem verificadas no sentido de uma confirmação ou de uma informação. É a análise de conteúdo ‘para servir de prova’. (BARDIN, 1977, p. 30).

Na prática, para Bardin, as duas funções podem coexistir, sobretudo quando o analista/pesquisador dedica-se a um domínio da investigação, ou a um tipo de mensagem pouco explorada, onde por vezes faltam ao mesmo tempo a problemática de base e, em alguns casos, as técnicas específicas que se deseja utilizar. Quando isso ocorre, as duas funções interatuam e, portanto, reforçam uma a outra.

Trata-se de um *vai e vem* contínuo, que não descaracteriza o método, pelo contrário; em alguns estudos quando se verifica a presença de leituras sistemáticas, porém ainda não sistematizadas, existe uma passagem incessante do corpo teórico, que envolve hipóteses e resultados, que se enriquecem ou se transformam progressivamente e vão se aperfeiçoando pouco a pouco, em lista de categorias, grelhas de análise, matrizes, modelos etc. Esse diálogo do pesquisador com pesquisa, “possibilita facilmente a compreensão da frequente impressão de dificuldade no começo de uma análise, pois nunca se sabe exatamente ‘por que ponta começar’”. (BARDIN, 1977, p. 30)

Dessa forma, os conteúdos das entrevistas realizadas, enquanto nossa fonte primária de informação foram analisados por meio de um processo construtivo-interpretativo que visou obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens. Ou ainda, conforme sugere González-Rey (2002), buscamos designar elementos que adquiriram significação graças à interpretação do pesquisador, onde aspectos subjetivos e objetivos se integraram em uma unidade indissolúvel.

Mediante análises, quanto à estrutura da dissertação, no Capítulo I pretendemos evidenciar a evolução temporal de modelos de políticas de desenvolvimento gerais e, em seguida, com ênfase em saúde, mais especificamente a saúde da mulher, tanto no Brasil quanto na Espanha. Não obstante, será realizada a análise das legislações e normas pertinentes a cada país com foco para as questões relacionadas às garantias e direitos das mulheres vítimas de violência sexual. Nesse aspecto, o trabalho terá como marco no Brasil a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, de 2003 e, na Espanha, a Lei Orgânica 1/2004, cujo caráter normativo estabelece as Medidas de Proteção Integral contra a Violência de Gênero no país.

Na sequência, o Capítulo II tratou da assistência às mulheres vítimas de violência sexual, numa perspectiva comparada, especificamente tomando por base os atendimentos dos serviços do Hospital Clínico de Barcelona, na Espanha, e o do Hospital Universitário Clemente de Faria, no Brasil, em Montes Claros. Nessa perspectiva, a abordagem contemplou o contexto histórico de criação de cada um dos serviços hospitalares, enquanto uma unidade dessa assistência destacando, sobretudo, as demais entidades que fazem parte desse circuito (Espanha) e rede (Brasil) de atenção a essas vítimas. Além do hospital, foram analisadas algumas entidades (públicas e para-estatais) participantes, como os institutos médicos legais (de Barcelona e de Montes Claros), os serviços de Polícia especializados em atender mulheres, e outros que também estão inseridos no contexto da violência, no sentido de dar seguimento/encaminhamento à assistência prestada.

Por fim, no capítulo III, foi realizada a análise de conteúdo dos dados das entrevistas e observações com os profissionais envolvidos em ambos os Hospitais, bem como com as demais entidades que atuam com as mulheres violentadas, indicando em quais aspectos os serviços corroboram ou não as determinações estabelecidas enquanto ações de políticas públicas de cada país (Brasil e Espanha). Dessa forma, o estudo comparado possibilitou identificar semelhanças e diferenças por meio das experiências de cada um dos envolvidos, elucidando se há consonância entre as teorias e as práticas observadas.



## CAPÍTULO 1

### DESENVOLVIMENTO, POLÍTICAS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO BRASIL E NA ESPANHA

A violência, compreendida enquanto um fenômeno social, não está adstrita a uma classe social específica, faixa etária, etnia, escolaridade nem a qualquer outra variável que a torne exclusiva de um determinado tempo e espaço. Trata-se, pois, de fenômeno que, de acordo com Porto (2010), apresenta componentes difusos, em razão de penetrarem na totalidade do tecido social, mas que nem por isso pode ser analisada enquanto um fenômeno singular, com características que o tornam homogêneo e uniforme no conjunto social. Em suma, “não existe violência, no singular, mas violências, cujas raízes são múltiplas e cuja identificação é complexa, portanto, qualquer tentativa explicativa e de conceituação tem que, de forma compulsória, considerar tal multiplicidade” (PORTO, 2010, p. 15).

Ao encontro dessas argumentações sucede também a violência contra as mulheres. Entretanto, a violência contra elas remonta, ainda, a questões de desigualdades socioculturais que se perpetuaram ao longo da história, mas que, por sua complexidade e amplitude, saíram da esfera privada e passaram a fazer parte da esfera pública.

Dessa violência resultam mulheres cuja saúde é amplamente afetada por comorbidades tanto em seus aspectos físicos quanto psicológicos. Por essa razão, diferentes ações estatais, especificamente a partir da segunda metade do século XX, passaram a focar na construção de políticas de prevenção e intervenção tanto em âmbito social e jurídico, quanto no da saúde.

Assim, a proposta central deste capítulo consiste em analisar algumas relações entre desenvolvimento, mulheres/gênero e políticas de saúde, com destaque para modelos de política relacionados à violência contra as mulheres, em especial a violência sexual, estabelecidas no Brasil e na Espanha, especificamente a partir do ano 2000. Ademais, também mediante perspectiva comparada, toma-se a legislação dos dois países e, especificamente, da análise das normas que implementaram a *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres* (2003), no Brasil, e a Promulgação da Lei Orgânica 1/2004, que institui medidas de *Proteção Integral contra a Violência de Gênero (Medidas de Protección Integral Contra la Violencia de Género)*, na Espanha.

## 1.1 Desenvolvimento e mulher/gênero

Em linhas gerais, os estudos sobre *desenvolvimentos* e originaram de conceitos objetivos e quantitativos, partindo de noções segundo as quais o desenvolvimento consistia basicamente no crescimento econômico, na geração de riqueza e na divisão desta entre a população. Especialmente, essa definição veio desde Smith quando, ao escrever *Riqueza das Nações*, afirmou que “o trabalho anual de cada nação constitui o fundo que originalmente lhe fornece todos os bens e confortos materiais que consome anualmente” (SMITH, 1983, p.35).

Entretanto, para Macedo (2010), analisar a riqueza sob essa ótica consiste em medi-la como algo que, a partir do século XX, passou a ser definida como *renda per capita*, ou seja, a soma do produto anual de bens produzidos em relação ao tamanho da população, sendo esta considerada como a própria consumidora dessa riqueza anual. Dessa forma, a satisfação das necessidades básicas e de consumo dos indivíduos, ou seja, a riqueza definida por Smith seria, por si, suficiente para trazer felicidade à sociedade, uma vez que esta disporia dos bens e serviços necessários, convenientes e confortáveis.

Essa concepção, embora permaneça vigente quando a análise se pauta em aspectos puramente econômicos e financeiros, encontra-se em vias de discussão. Isso porque, a partir de 1990, o desenvolvimento passou a ser entendido como um processo que ultrapassa a compreensão econômica, uma vez que ele está substancialmente vinculado a um processo de eliminação de desigualdades entre as nações, ressaltando assim os aspectos subjetivos, culturais e sociais. Nesse sentido, em linhas gerais, pode-se deduzir que

desenvolvimento significa uma mudança social global, impulsionada pela economia e conduzida pelo Estado, que se reveste numa multiplicidade de processos – econômico, cultural, social, demográfico – cuja articulação é, em cada caso, singular, peculiar. Os contornos já não se encontram mais definidos: o ‘crescimento’ incide essencialmente sobre a economia, ‘processo de modernização’, enquanto que o ‘desenvolvimento’ inclui para além dos aspectos econômicos, as relações sociais e os diversos estilos de vida, conectando-os. (HIRATA; LABORIE; DOARÉ; SENOLTIER, 2002, p. 53, tradução nossa).

Portanto, pode-se verificar que o conceito de desenvolvimento encontra-se pautado ainda na satisfação dos indivíduos, mas não mais apenas na satisfação de necessidades básicas. Tal análise extrapola o entendimento do desenvolvimento que confere ao indivíduo a possibilidade de, além de satisfazer aquilo que lhe é primordial para sua sobrevivência, ter consciência de sua própria condição, de suas relações sociais e, dessa forma, fazer suas

escolhas e ter sua própria vida. Esse conceito de desenvolvimento é corroborado pelo pensamento de Sen (2000) acerca das suas teorias sobre o desenvolvimento, pensado na perspectiva do indivíduo como um ser livre.

Essa liberdade, alcançada no plano da singularidade de cada ser, é necessária para que ele, o indivíduo, tenha pleno discernimento de suas capacidades, gozando de total esclarecimento e condições, inclusive estatais e legais para exercê-la livremente.

Assim sendo, uma nação que defende e apoia princípios fundamentais e universais – como, por exemplo, o direito à vida, à saúde, à educação, à segurança –, mas não tem aparato governamental para exercer esses direitos, não pode concretizar o indivíduo sinalizado por Sen (2000). Por exemplo, de que adianta aferir a garantia à saúde enquanto direito fundamental se o local não dispõe de serviços hospitalares com adequações mínimas para tratar desse indivíduo? Em outras palavras, seria *dar com uma mão e tirar com a outra*. Em suma, a resposta para tal pergunta pode indicar que a condição de liberdade estaria comprometida e, conseqüentemente, a de desenvolvimento também.

A análise de Sen pauta-se, fundamentalmente, no argumento que o desenvolvimento enquanto categoria encontra-se intrinsecamente relacionado à liberdade individual. Sobre isso ele nos diz que

[a] expansão da liberdade é vista, por essa abordagem, como o principal fim e o principal meio do desenvolvimento. O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de agente. A eliminação de privações de liberdades substanciais argumenta-se aqui, é constitutiva do desenvolvimento (SEN, 2000, p. 10).

Nesse sentido, Sen afirma ser necessário considerar a liberdade individual enquanto comprometimento social, na medida em que esta é resultado das interações entre os indivíduos e destes com o meio em que vivem.

Considerando especificamente as políticas públicas desenvolvidas para mulheres no decorrer do século XX, é possível identificar alguns traços do pensamento de Sen, principalmente a partir dos anos de 1950. Tal ideia remonta à percepção visionária e quase *premonitória* de suas teorias acerca da análise do desenvolvimento sob a ótica da possibilidade de exercício das liberdades individuais, em detrimento das privações. Visto que suas obras foram publicadas nos anos de 1990 e 2000, pode-se dizer que Sen vislumbrou esse

processo em que as novas perspectivas de desenvolvimento culminariam inevitavelmente para essa compreensão.

Ao pensar sobre as políticas públicas para mulheres, percebe-se que no decorrer do século XX, principalmente após a década de 1950, identifica-se uma relação direta e intrincada entre a concepção de desenvolvimento, numa perspectiva econômica e promotora do desenvolvimento humano, com um viés social e jurídico, que foi norteadora e legitimadora de direitos e garantias fundamentais, que até então não eram explicitadas enquanto prioridades. Sobre isso, pode-se utilizar os argumentos de Parpat (2010), quando a autora argumenta que a *história das mulheres*, ou as *teorias de gênero*<sup>8</sup>, e sua relação com o desenvolvimento, está intimidante ligada com a história das intervenções políticas nos países em desenvolvimento e com a história do movimento de mulheres ao redor do globo. Nesse aspecto, ressalta-se, sobretudo, a perspectiva de políticas relacionadas à mulher/gênero, que passaram a ser o foco das agências internacionais, haja vista que não era mais possível falar de desenvolvimento sem relacioná-lo com a ampliação e com a legitimação dos direitos femininos.

No que diz respeito às concepções de políticas de desenvolvimento, com enfoque em mulheres ou em homens, elas estão inseridas nas concepções gerais de desenvolvimento de cada período. Entretanto, quando se analisa as diferentes concepções de desenvolvimento identifica-se que elas possuem uma ou outra concepção social de *ser homem* e de *ser mulher*<sup>9</sup>.

Ao longo da segunda metade do século XX, foi possível identificar em diferentes políticas a *falsa* tendência do processo de modernização crescente, sobretudo nos países classificados como desenvolvidos, com ênfase na hegemonia norte-americana, que

---

<sup>8</sup>Ainda que não se tenha a pretensão de realizar aqui uma longa discussão acerca das diferentes perspectivas analíticas de (*relações de*) *gênero*, não é possível avançar sem, contudo, evidenciar ao/à leitor/a que tal uso remete, basicamente, às explicações de Scott (1989). Ela argumenta sobre a necessidade de identificar a construção histórica e sociocultural e desconstruir a concepção de papéis rígidos a um e outro sexo. Ao considerar, por exemplo, as mulheres, ela analisa que a concepção do que é ser feminino e do que é ser masculino tende a estar relacionada, respectivamente, às noções de passividade, fragilidade, à emoção, a submissão; enquanto que os homens são identificáveis pelo masculino, pela atividade, força, racionalidade. A partir daí se estabelece uma relação de dominação social fundada em atributos exclusivamente naturais ou biológicos.

<sup>9</sup>Para Scott (1989), tais atributos, num contexto de relações sociais, tendem a ser concebidos por crenças e atitudes que seriam capazes de definir o que é ser homem e o que é ser mulher e quais os padrões de comportamento seriam aceitáveis para cada um. Nesse contexto, a expressão gênero oferece suporte à elaboração de leis e ao modo como estas se aplicam aos indivíduos, sobrepondo-se ao corpo sexuado e correspondendo, portanto, à forma primeira de significação de (*relações de*) poder. Ao encontro do que propõe a autora, Maia ressalta que, nessa perspectiva, “o gênero pressupõe a percepção do modo como são construídos padrões referenciais do que se concebe como masculino e feminino, contribuindo para desmistificá-los como categorias naturais e imutáveis” (MAIA, 2012, p. 20).

favoreceria as condições de igualdade entre sexos. Na realidade, o que se percebeu foi um processo inverso, em que a inserção das tecnologias, sobretudo aquelas mais sofisticadas, que excluía a mão de obra feminina, deixando as mulheres à margem do desenvolvimento econômico e ratificando os lugares sociais nas quais elas viviam como *lugares naturais*.

Assim, Parpat (2010) menciona que o movimento de mulheres dos países desenvolvidos se mobilizou em prol de mudanças de paradigma acerca desse modelo de modernização que as incluía, com um caráter eminentemente *naturalizante*, condição que contrariava teorias mais recentes sobre o tema, cuja análise já não mais era feita sob a ótica puramente biológica e/ou econômica.

Foi assim que esse movimento de luta pelos direitos feministas, juntamente com organismos nacionais e internacionais responsáveis, passou a incluir as mulheres nas agendas de interesses das políticas empresariais, com o argumento de que a inserção delas no processo de modernização melhoraria a eficiência dos processos de produção, e contribuiria inevitavelmente para o crescimento econômico e, portanto, o desenvolvimento. Dessa forma, “foram estabelecidas metas com base em planos de estudos orientados para as mulheres com vistas a melhorar as condições de educação, formação, acesso a propriedade e ao crédito e condições de emprego” (PARPAT, 2010, p. 40, tradução nossa)

Todavia, cumpre ressaltar a relevância de que essa análise seja avaliada com criticidade, visto que esse processo de desenvolvimento que inclui as mulheres não foi idêntico em todos os países, sobretudo nos países não ocidentais, seja por questões econômicas, políticas ou culturais. Nesse sentido, segundo Parpat (2010), em muitos deles o próprio governo, ou Estado era um obstáculo para sua concretização e não um aliado, como muitas vezes se acreditava, e por isso era visto como um problema em potencial para o avanço das mulheres e não como solução, ao contrário do que muitos acreditavam.

Dessa forma, de acordo com Parpat (2010), no decorrer dos anos de 1970 e de 1980, a dependência existente entre os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, para além de econômica, era também política, sendo agravada pela crise do petróleo e pelo aumento das dívidas internacionais, culminando numa recessão global reveladora de falhas estruturais e economias fracas.

Assim, as propostas de políticas associadas ao Fundo Monetário Internacional e ao Banco Mundial, criavam estratégias de reestruturação que consideravam os *países em desenvolvimento*, - Parpat (2010) usa expressão terceiro mundo, - as quais, além de diminuir as despesas do governo, pretendiam aumentar o poder de compra dos mercados, o que

resultaria no aumento da produtividade. A perspectiva de desenvolvimento liberal novamente é relacionada à *falsa ideia* de prosperidade econômica, que beneficiaria homens e mulheres.

Nesse esteio é que surgem as *teorias de gênero*, que Parpat (2010) define como *Gênero e Desenvolvimento* (GAD), em contraponto à teoria anterior, que era conceituada como *Mulheres em Desenvolvimento* (WID)<sup>10</sup> acerca do desenvolvimento, com vistas a reconhecer a necessidade de serem elaboradas diferentes políticas para homens e mulheres. A abordagem da GAD contempla discussões acerca das questões de *empoderamento*, bem como o planejamento e o reconhecimento de gênero, partindo de condições materiais e posições de classe, das estruturas patriarcais e das ideias que definem e mantêm a subordinação das mulheres. Isso significa que “o foco é sempre as relações entre homens e mulheres, não entre mulheres sozinhas. Relações de gênero são vistas como chave determinante da posição da mulher na sociedade, não como imutáveis reflexões de ordem natural, mas como socialmente construídas por padrões de comportamento [...] podendo ser, portanto, modificadas”. (PARPAT, 2010, p. 43, tradução nossa).

Sendo assim, a GAD “foca-se na interligação de gênero, classe, raça e na construção social de suas características definidoras, de modo a reconhecer os impactos diferenciais das práticas e políticas de desenvolvimento em homens e em mulheres e vê as mulheres como agentes e não simplesmente como destinatários, de desenvolvimento [...]. Põe em causa os dois gêneros e o processo de desenvolvimento.” (PARPAT, 2010, p.43, tradução nossa)<sup>11</sup>.

Desta forma, ainda com enfoque em políticas voltadas apenas para mulheres, em diversos países foram elaboradas diferentes políticas para tratar essa relação entre mulher e desenvolvimento (WID). Naqueles cujas políticas adotadas diziam respeito ao Bem-estar-social (1950-1970), os tipos de projetos adotados tendiam a ratificar a mulher no espaço doméstico, mediante naturalização de sua condição reprodutiva. Destaca-se esse período e o seguinte, o ano de 1975, que ficou conhecido enquanto o ano internacional da mulher, patrocinado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como forma de reconhecer a importância da luta das mulheres por seus direitos e promover a reflexão acerca dos avanços que ainda eram necessários.

Quanto à Política de Autossuficiência econômica ou Antipobreza (1970-1985), passa-se a reconhecer o trabalho realizado pelas mulheres na sociedade, ainda que em uma

<sup>10</sup>As denominações vêm do inglês, GAD, (gender in development) e WAD (women in development).

<sup>11</sup>O Grupo Consultivo em Género (GCGEMA), da Guatemala, vinculado à Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), de forma sintetizada, esquematizou tais enfoques do desenvolvimento e sua relação com políticas destinadas especificamente às mulheres/gênero ao longo da segunda metade do século XX. Tal quadro explicativo pode ser visualizado nos anexos deste trabalho.

perspectiva secundária e relacionada ao trabalho doméstico. A Política de Enfoque Instrumental ou Enfoque do Desenvolvimento das Mulheres (1970-1980 e anos seguintes) passou a reconhecer o trabalho da mulher na esfera pública, mas com enfoque voluntário, o que tendia a não ser valorizado e não remunerado. Por fim, a partir da década de 1990 até os dias de hoje, a tendência que se observa é a adoção de uma política de planejamento a partir de (*relações de*) gênero.

A partir dessas breves considerações sobre a categoria gênero, afirmamos que as políticas datadas do final do século XX e início do XXI passaram a corresponder, inclusive, a estratégias de *empoderamento*<sup>12</sup> das mulheres sob as perspectivas de gênero. O empoderamento ou empowment (em inglês), em linhas gerais, de acordo com a Organização das Nações Unidas (2013) consiste na possibilidade efetiva de autonomia individual, na medida em que o indivíduo se considera capaz de exercer plenamente seus direitos superando a dependência social e a dominação política. Entretanto, para que esse processo ocorra, é necessário o reconhecimento social, como forma de legitimá-lo. O empoderamento devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania, e principalmente a liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro. O termo tem sido amplamente utilizado para a discussão da emancipação feminina, no contexto da igualdade de gêneros.

Ademais, a partir de 1990 o eixo central de diferentes políticas destinadas às mulheres passou a ser constituído em consonância com novos paradigmas que versam sobre a noção de desenvolvimento e esta perspectiva parte, substancialmente, do indivíduo enquanto sujeito autônomo, detentor de sua própria liberdade individual, indo ao encontro do que assinala Sen (2000).

Corroborando esse pensamento, Parpat (2010) assevera não ser possível mais pensar em desenvolvimento sem incluir as mulheres, por tratar-se de um conceito holístico, no qual os objetivos estão entrelaçados, já que um não pode ser realizado sem o outro. Ela afirma que “mulheres e desenvolvimento são um termo inclusivo, e costumam estar associados, pois denotam movimento, cujo objetivo, a longo prazo, é o alcance do bem estar da sociedade”, alegando que “[...] as mulheres devem ter o direito de acesso aos meios existentes para sua própria melhoria e de toda a sociedade” (PARPAT, 2010, p. 25, tradução nossa).

Nesse mesmo sentido, Méndez (2015) ressalta:

---

<sup>12</sup> Sobre o assunto ver, por exemplo: <<http://www.unifem.org.br/sites/700/710/00001126.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2015.

O que fez com que estes avanços fossem possíveis? Muitos fatores diferentes podem explicar essa evolução. Alguns dos mais importantes têm a ver com a evolução na concepção do que se entende por desenvolvimento e sua relação com os direitos humanos, o conceito de desenvolvimento humano é um dos seus principais expoentes. E, claro, tais avanços não teriam sido possíveis sem a luta dos movimentos e grupos de mulheres internacionais e instituições que os apoiaram. Em suma, acreditamos que a igualdade de gênero está instalada na agenda de desenvolvimento na medida em que foi sendo “politicado”, isto é, inserida no campo político, incluindo as concepções de liberdades e dignidade humana básica, o direito à igualdade e à não discriminação e, em suma, direitos humanos como parte integrante do próprio conceito de desenvolvimento.<sup>13</sup>

É possível, portanto, identificar no pensamento de Sen (2000) a evolução das políticas públicas para mulheres após os anos 1950, com destaque para a América Latina, principalmente o Brasil, enquanto resultado da luta dos movimentos feministas internacional de mulheres e de grupos afins que têm defendido a causa. Ao encontro do que propôs o autor, algumas das políticas públicas para mulheres partem de análises de desenvolvimento enquanto liberdade e defendem, portanto, a autonomia do sujeito, as liberdades individuais, e a superação das provações individuais enquanto constitutivas do verdadeiro desenvolvimento.

Ainda sob a perspectiva do desenvolvimento, o pensamento de Nussbaum (2002) destaca um conceito chave para a compreensão de desenvolvimento ao tratar das capacidades humanas enquanto categorias de análise. A autora destaca que tal perspectiva consiste “no que as pessoas são realmente capazes de fazer e ser, de acordo com uma ideia intuitiva de vida que corresponde à dignidade do ser humano” (NUSSBAUM, 2002, p. 32, tradução nossa).

Dessa forma, compreende-se que as capacidades humanas, em conformidade com o pensamento de Sen (2000), só são essencialmente possíveis se analisadas sob a ótica do indivíduo, de sua capacidade de autonomia, da escolha livre e racional acerca do que deseja para sua vida.

Assim, o sentimento de pertencimento das decisões dos indivíduos, enquanto parte ativa de um processo de construção do eu, enquanto ser social, na medida em que desenvolve suas capacidades essenciais, não poderia estar atrelado a uma concepção de desenvolvimento puramente econômica, pois se tratam de concepções antagônicas.

A criação das políticas públicas, sobretudo as que buscam alcançar as garantias de direitos das mulheres, precisa levar em consideração suas singularidades, suas capacidades e necessidades individuais e coletivas, com vista a criar um diagnóstico capaz de elucidar quais

---

<sup>13</sup> Disponível em: <http://www.mujiresenred.net/spip.php?article267>. Acesso em: 07 jun. 2015.



são as prioridades. Precisam ser elaboradas, no contexto de desenvolvimento, com a participação das mulheres, num movimento ‘de dentro para fora’. Estabelecê-las de forma impositiva, sem critérios claros, reforçaria ou ensejaria mais um ato de violência contra as mulheres.

A esse respeito, Vivaldi evidencia que

[é] preciso ter claro o diagnóstico da situação que se quer abordar mediante as políticas públicas, de forma que estas devem ser de natureza participativa, incorporando os grupos que tenham experiência ou interesse pelo tema. Não é possível avançar se não houver dados estatísticos específicos por sexo, por condição socioeconômica, etnia, idade com o propósito de construir dados, não apenas em relação às desigualdades de gênero, mas também da superposição destas variáveis em relação a outras também resultantes de discriminação. (VIVALDI, 2010, p. 237, tradução nossa).

Ainda de acordo com a autora em pauta, os dados obtidos devem ser aplicados às análises de gênero, de modo a buscar e precisar aquelas determinações ocultas, que evidenciam lacunas existentes entre o tratamento dispensado a homens e a mulheres, orientando a construção do conteúdo dessas políticas. A pesquisadora menciona:

Com a identificação de necessidades diferenciadas por sexo, será possível estabelecer quais as prioridades destas e logo elaborar as respostas políticas para sua resolução. Esta elaboração requer a inclusão de mecanismos de avaliação e definição de indicadores de gênero, que deverão ser acordados de forma coletiva por quem participa efetivamente do processo. É indispensável a avaliação e o monitoramento das políticas, pois requerem que se desenvolva de maneira imprescindível vigilância cidadã autônoma, para assim contar com visões independentes capazes de enriquecer a análise de que mas formulou e daqueles que as implementa. (VIVALDI, 2010, p. 237, tradução nossa).

A expressão *vigilância cidadã autônoma* remete às ideias de Sen e Nussbaum acerca do desenvolvimento com foco nas capacidades individuais, como mecanismo essencial ao desenvolvimento, pois demonstra a relevância do sujeito, de suas vontades e necessidades, como produtor e produto de sua própria realidade.

## 1.2 Desenvolvimento, mulher/gênero e políticas de saúde

Nussbaum (2002) ressalta que em diferentes partes do mundo é sensível a percepção de que as mulheres precisam de mais apoio que os homens em aspectos básicos. Segundo ela, as mulheres se alimentam de forma pior, têm condições piores de saúde, são mais vulneráveis às violências físicas e sexuais; possuem menor escolaridade e acesso à educação ou ainda à possibilidade de se qualificarem.

A mesma autora correlaciona essa vulnerabilidade a duas questões econômicas importantes. A primeira, ao destacar que as mulheres, quando são inseridas no mercado de trabalho, tendem a encontrar mais obstáculos, tais como a intimidação do próprio marido ou familiares, a incidência de assédio sexual ou, ainda, ganham, pela mesma função, 75% em relação aos homens. A segunda, relacionada à pobreza, ou *feminização da pobreza*, conforme destaca Nussbaum, a

[...]desigualdade entre os sexos está fortemente correlacionada com a pobreza. Quando a pobreza é combinada com a desigualdade de gênero, o resultado é uma carência extrema de recursos humanos centrais. Nos países em desenvolvimento, em conjunto, existem 60% mais mulheres do que homens entre os adultos analfabetos; a escolarização das mulheres, mesmo ao nível do ensino primário, é 13% menor do que a do sexo masculino; e o salário das mulheres atinge apenas 3/4 dos salários masculinos.(NUSSBAUM, 2002, p. 29, tradução nossa).

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde<sup>14</sup>, as mulheres, geralmente, “vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais. Contudo, em alguns locais, notadamente em partes da Ásia, essas vantagens são anuladas pela discriminação baseada no gênero, que torna a expectativa de vida do sexo feminino, ao nascer, menor ou igual à do sexo masculino”. (OMS, 2011, p. XI).

Assim, tendo em vista as diferenças singulares entre homens e mulheres, a saúde das mulheres merece atenção particular. Todas essas violações são determinantes para as condições de vida das mulheres; nesse sentido, é necessário um aparato estatal, com políticas públicas que sejam específicas para as mulheres, na tentativa de minimizar essas disparidades.

Como exemplo, no Brasil, precisamente no ano de 2003, três políticas destinadas a mulheres merecem destaque, quais sejam: a *Política Nacional de Enfrentamento a Violência*

<sup>14</sup>Disponível em:<[http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2015.

*Contra Mulheres, o Projeto Nascer Maternidade* eo estudo intitulado *Sexualidade e desenvolvimento: a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo.*

A primeira é considerada o marco teórico no que se refere a políticas públicas no enfrentamento à violência contra mulheres; e, as outras duas, por seu caráter pioneiro e visionário, ao focalizarem a saúde de mulheres soropositivas e mulheres profissionais do sexo. A *Política Nacional de Enfrentamento a Violência Contra Mulheres* inclui ações integradas, como criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública.

Nesse mesmo ano de 2003, foi implantado em todas as maternidades, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o *Projeto Nascer Maternidade*<sup>15</sup>, cujo público alvo eram mulheres portadoras do vírus HIV ou da doença AIDS, e/ou sífilis congênita. Dentre os objetivos do projeto destacam-se

a capacitação de equipes multiprofissionais em acolhimento, aconselhamento, utilização de testes rápidos, manejo clínico de parturientes HIV positivas e crianças expostas, testagem e indicação terapêutica para sífilis e vigilância epidemiológica. Serão abordadas rotinas para atendimento às urgências obstétricas de hipertensão e sangramento e o partograma. O enfoque prioritário da capacitação é a mudança no processo de trabalho para implementação das ações de melhoria da qualidade da assistência ao parto e puerpério, com garantia de sistema de referência especializado para as mulheres HIV positivas e crianças expostas. (NAS CER MATERNIDADE, 2003, s. p.).

Ainda sob esse enfoque de políticas destinadas às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), em 2008 e 2009 foram realizados estudos com profissionais do sexo, prostitutas em especial, no que tange à transmissão de DST's e Aids. O estudo intitulado *Sexualidade e desenvolvimento: a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo*<sup>16</sup> pretendia identificar as estratégias de prevenção adotadas nos últimos vinte anos, o impacto epidemiológico e as respostas do sistema de saúde para esse grupo em particular. Também se desejava analisar a implementação de políticas públicas, com ênfase nos aspectos como acesso e qualidade dos serviços e programas de prevenção.

<sup>15</sup> Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_nascer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2015.

<sup>16</sup> Disponível em <[http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/Relat%C3%B3rio%20Sex%20e%20Desenv%20site%29pt.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/Relat%C3%B3rio%20Sex%20e%20Desenv%20site%29pt.pdf)>. Acesso em: 02 jun. 2015.

As políticas públicas mencionadas demonstram indícios de mudanças paradigmáticas quando se trata da saúde das mulheres, independentemente de sua classe social, opção sexual ou mesmo laboral. Pode-se aferir que essas mudanças estão contextualizadas com a perspectiva de desenvolvimento sob a ótica do desenvolvimento humano, já mencionado no tópico anterior, ao compreender que as condições de saúde da mulher – inclusive a violência contra ela – sucumbe as capacidades humanas e suas escolhas individuais, na medida em que as impede de exercerem livremente seus direitos.

Importa mencionar, ainda, que 10 anos antes, em 1993, o *Projeto Homens que fazem Sexo com homens* (HSH) também foi pioneiro ao propor uma atenção especializada para homossexuais no Brasil. Entendia-se que era preciso esclarecer essa parcela da população em relação às DST's, com vistas a garantir acesso ampliado aos métodos de prevenção, bem como à rede de saúde, haja vista a recente implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>17</sup>, corroborando a percepção da necessidade de políticas públicas, específicas para homens enquanto expressão de desenvolvimento social.

Assim, em linhas gerais, pode-se verificar que a mudança nas concepções de desenvolvimento, ao adotarem a perspectiva do desenvolvimento humano, das capacidades e da liberdade individual foi fundamentalmente importante para a elaboração de políticas públicas destinadas, principalmente para mulheres, em decorrência de sua condição de vulnerabilidade.

### **1.3 Violência, violência contra mulheres e violência de gênero**

Falar sobre violência, como um problema de natureza social, consiste num trabalho árduo e um tanto paradoxal, porém necessário. Trata-se de um fenômeno ao qual estamos inseridos, ora como atores, ora como vítimas, sendo tida para alguns como algo *natural*, intrínseco ao próprio convívio social. Não obstante os esforços para erradicá-la, há um reforço da ideia de que se trata de um problema sem solução. Isso porque, de acordo com Porto (2010), a violência não está associada exclusivamente à pobreza, à desigualdade, à marginalidade, à segregação espacial, por exemplo, pois está inserida em todos os âmbitos da

---

<sup>17</sup>O Sistema Único de Saúde foi implantado no Brasil em 1990 e tinha como objetivo estabelecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; na condição de direito fundamental garantido pela Constituição Federal de 1988, era de obrigação do Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (Art. 2º da Lei 8080/90).

vida social e, não por menos, “povo a imaginário social, que é produtor e produto de representações sociais de violência” (PORTO, 2010, p. 15).

A autora ressalta ainda:

Como agravante, esse imaginário passa a ser alimentado por conteúdos novos em que convive com representações como as de rotinização e banalização a violência, reforçadas pelo sentimento de insegurança, ele mesmo resultado de conteúdos de representação sociais que giram e torno de afirmações acerca da ineficácia e morosidade do aparato legal e da consequente generalização da impunidade. Assim, empurra-se para um futuro cada vez mais remoto as expectativas de reversão da situação de intranquilidade predominante no cotidiano da vida social das grandes metrópoles, e igualmente presente, em cidades de porte médio e pequeno, assim como espaço agrário. (PORTO, 2010, p. 15).

Esse imaginário é reproduzido diuturnamente pelos meios de comunicação de massa, que exercem nas sociedades mediatizadas o poder, detendo o monopólio da informação e, muitas vezes, distorcendo ou influenciando os diversos segmentos sociais.

Assim sendo, esse caráter múltiplo da violência assume, no seu processo de concretização, dois lados que são antagônicos, porém complementares: o da *violência física* e o da *violência simbólica*. O primeiro é aquele no qual se concentra o confronto aberto, cuja visibilidade é manifesta da mente inegável, pois deixa marcas aparentes. O segundo, baseado em Bourdieu, refere-se àquele em que o confronto é velado, pautado muitas vezes numa relação de poder e subordinação. Pode-se definir a violência simbólica como aquela que

os atores sociais que se encontram no pólo subordinado da relação vivenciam situações de diminuição, ou de ausência relativa, dos espaços sociais nos quais podem agir enquanto produtores de conteúdos simbólicos. No limite, tais atores encontrar-se-iam privados da autonomia requerida para sua constituição como sujeitos detentores de referencial simbólico que organizaria suas relações com a vida prática, aí incluindo o mundo do trabalho e o da vida social. (PORTO, 2010, p. 19).

Trata-se, pois, de um processo de busca por legitimidade, que se materializa por múltiplas lógicas de conduta, informadas por uma multiplicidade de valores que compõem uma realidade fragmentada. Assim, essa reivindicação de legitimidade para as práticas podem caminhar em paralelo com o questionamento da legitimidade dos valores vigentes e das práticas deles decorrentes. O que significa dizer que “não se trata de uma clássica situação de anomia, mas de coexistência e da convicção (que não implica harmonia) de distintos padrões orientadores de conduta, reivindicando estatuto de legitimidade para suas ordens” (PORTO, 2010, p. 13).

É válido ainda, de acordo com a autora em pauta, ressaltar que, não raras às vezes, a violência é utilizada como um recurso, sendo inserida em um elenco de estratégias em que suas ações podem ou não estar vinculadas a uma hierarquia valorativa. Desse modo, passa a ser uma questão de eficácia, oportunidade, afirmação de identidades socialmente negadas, explosão de raivas, frustrações, dentre outras tantas possibilidades, com implicações diretas nas formas de representação social do fenômeno.

Nesse contexto, o que se observa em diversas situações é que a violência assume um papel tentador enquanto um atributo, ou um elemento constitutivo do ser humano, intrínseco à sua condição, ou natureza biológica. Entretanto, na realidade, de acordo com Porto, isto é um equívoco, dado ao fato de que “tal alternativa tem como consequência a naturalização de algo que é socialmente produzido” (PORTO, 2010, p. 31).

Somos seres culturais, produtos do meio em que vivemos, que age e interage com e nas instituições às quais nos vinculamos. Diante disso, ainda que se fale em instinto, por sermos humanos, a autora remete à ideia de Marx, em *Ideologia Alemã*, quando ele diz que se trata de um *instinto consciente*, pois nossa natureza humana é produzida sob a égide da cultura, sendo esse componente que nos distingue dos outros animais. (PORTO, 2010).

A perspectiva cultural nos eleva, então, à condição de seres capazes de refletir sobre nossas próprias ações. Assim, toda a nossa forma de pensar e agir está envolta por significados que se relacionam diretamente com nossos valores, ideais ou mesmo interesses e, como consequência, reflete no modo como nos relacionamos com o mundo exterior. A atribuição de conceitos não foge a essa regra.

Mediante considerações sobre a violência, as denominações *violência contra mulheres* e *violência de gênero* trazem consigo uma conotação substancial de significados. Embora os termos sejam comumente utilizados como sinônimos é importante ressaltar que se trata de conceitos analíticos que posicionam o pesquisador numa ou noutra dimensão conceitual e, por isso, uma posição política acerca do que vem a ser a definição de mulheres ou de gênero. Em muitos trabalhos científicos, artigos, notícias e até mesmo na legislação, os termos aparentemente se confundem ou são usados de modo unívoco. Desse modo, é necessário estabelecer com clareza as perspectivas de análise de cada um e os motivos pelos quais, para este trabalho, a escolha conceitual estará adstrita à discussão de *violência contra as mulheres* e não à de *violência de gênero*.

Em primeiro lugar, evidencia-se que, ainda que haja essa preocupação com a terminologia, tanto no Brasil quanto na Espanha, por vezes esses conceitos se misturam. Por exemplo, na Espanha, a legislação tida enquanto marco teórico para discussão acerca dos

direitos das mulheres refere-se a *Ley Orgánica*, de 28 de dezembro de 2004, denominada *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Na exposição de motivos da mesma legislação, a primeira afirmação é a de que “a violência de gênero não é um problema que afeta apenas o âmbito privado”. Em outras legislações observou-se a utilização da expressão *mulheres mal tratadas* ou, ainda, *violência machista* (ou *masclista*, em catalão). Ademais, esses termos também vêm sendo utilizados, na Espanha, com frequência em artigos científicos sobre o tema.

No contexto brasileiro não é diferente. Constata-se pesquisadores(as) que optam por uma ou outra denominação sugerindo, algumas vezes, indiferença que, ao mesmo tempo, misturam os conceitos ou os confundem.

Relacionando gênero à violência, Suarez e Bandeira afirmam que tal vinculação pode “indicar não apenas o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que buscam firmar mediante a violência, suas identidades masculinas ou femininas”(SUARES; BANDEIRA, 1999, p.16).

De acordo com Llanes (2010, p. 17-28), as denominações *gender-based violence* (violência baseada em gênero) ou *gender violence* (violência de gênero) foram difundidas mundialmente no Congresso sobre Mulheres, realizado em Pequim, em 1995, com apoio da Organização das Nações Unidas (ONU). Consiste, em linhas gerais, em um tipo de “violência tanto física quanto psicológica, que é exercida contra as mulheres, em razão de seu sexo, como consequência de uma situação tradicional de submissão destas em relação ao homem em sociedades cujos fundamentos se pautam numa estrutura patriarcal” (LLANES, 2010, p. 17, tradução nossa).

A expressão *violência de gênero*

compreende uma extensa lista de atentados contra a dignidade enquanto pessoa, que variam desde violência física, sexual, psicológica, inclusive as que ocorrem na família, ou as que se dão no âmbito da comunidade (incluindo violações com abuso sexual, a perseguição no trabalho ou nas instituições de educação, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada), assim como a perpetrada ou tolerada pelo Estado, independente de onde ocorra (como exemplo das violações generalizadas em conflitos armados ou as mutilações genitais diversas). (LLANES, 2010, p. 17, tradução nossa).

Maia, por sua vez, define violência de gênero estabelecendo, com base na Convenção de Belém do Pará, de 1994, ao afirmar: “consiste em qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto em âmbito

público quanto privado”. (CONVEÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994 *apud* MAIA, 2012, p. 21).

Não obstante a isso, é importante salientar as questões etimológicas relacionadas a algumas concepções de violência de gênero, uma vez que existem variações de seu significado dependendo da nacionalidade e/ou da língua na qual ela é empregada. No caso da língua espanhola, conforme esclarece Llanes, “a Academia Real Espanhola (RAE), em 2004, publicou um informe indicando que o uso da expressão violência de gênero seria linguisticamente incorreto” (LLANES, 2010, p. 19). Isso porque, em espanhol o termo não pode ser empregado, pois não existe a tradução do termo gênero, como sendo sinônimo de sexo, tal como ocorre nos EUA.

Como já dito, em inglês, a expressão violência de gênero, advém do termo *gender violence* ou *gender-based violence*, sendo que na tradução para a língua inglesa, originalmente, era possível interpretar a expressão gênero como sinônimo de sexo, o que na língua espanhola nunca foi admitido.

Somente após os anos sessenta do século XX, com mudanças de paradigmas decorrentes das lutas dos movimentos feministas, o termo em inglês ganhou um novo sentido e assim, tal qual na língua espanhola, gênero passou a não mais ser interpretado enquanto sinônimo de sexo, mas sim sob uma perspectiva de ideologia, de construção social.

Llanes (2010) destaca que para a RAE a terminologia sexo, desde sempre, consistiu numa expressão envolta por características eminentemente biológicas, orgânicas, enquanto que gênero corresponderia a questões socioculturais, cujas origens implicam nas diferenças ou desigualdades relacionadas à índole social, econômica, política, laboral e outras. Por essa razão, como alternativa a essas questões de natureza etimológica, no idioma espanhol, a RAE sugere o uso dos conceitos de violência doméstica, sexista ou ainda violência contra mulheres.

Ademais, a autora destaca que não se trata apenas de uma questão linguística, mas sim de um problema conceitual, que obsta as razões de sua existência. Por isso, afirma:

Quando o conflito ocorre no âmbito familiar, estando os filhos na condição de vítimas ou testemunhas, é apropriado falar em violência doméstica. Em todos os casos em que existe agressão contra companheiras, ex-esposas, etc é preciso falar de violência sexista, ou simplesmente violência contra mulher. Para a RAE, a expressão violência de gênero não deve ser utilizada, uma vez que não seria possível entender de que tipo de violência se trata. Se todas as mortes de mulheres causadas por homens são englobadas num mesmo contexto, dificilmente será possível conhecer as verdadeiras causas que a desencadearam, assim como o motivo pelo qual houve um aumento considerável desses homicídios [...] (LLANES, 2010, p. 20, tradução nossa).



Importante destacar que, embora a autora faça a distinção e a crítica acerca dos conceitos que envolvem violência e mulheres, ela não nega a existência da expressão violência de gênero e de suas dimensões significantes. Até porque a própria Lei Orgânica contém, em seu título, o termo violência de gênero. Todavia, na lei espanhola, ela é definida da seguinte forma: “manifestação da discriminação, situações de desigualdade e as relações dos homens sobre as mulheres, que se exerce sobre estas, por parte daqueles que são ou foram seus cônjuges ou que estejam ou tenham estado ligados a eles por relações de afetos similares, mesmo sem coabitação” (LLANES, 2010, p. 23, tradução nossa).

A definição deixa evidente que se trata de um conceito ligado especificamente à violência que envolve características de natureza mais doméstica ou familiar, praticada por maridos ou ex-companheiros (*parejas ou ex-parejas*, em espanhol). Ou seja, no caso da legislação espanhola, a denominação violência de gênero somente se refere a esses grupos de mulheres, excluindo outras que também sofrem violência. Entretanto, também segundo Llanes (2010), a inclusão da expressão gênero, para classificar a referida lei, contribuiu significativamente para que ela fosse aprovada por unanimidade no Parlamento Europeu, mesmo com as ressalvas do termo demonstradas pela RAE, refletindo a relevância do conceito e de seu reconhecimento internacional.

Mediante o exposto, é sobre esses aspectos diferenciados de usos que se fundamenta nossa opção conceitual ao utilizar *violência contra mulheres* e não *violência de gênero*. Embora reconheçamos e admitamos que a violência contra mulheres configura-se como violência de gênero, seja pautada na dominação patriarcal<sup>18</sup> ou ainda na abordagem relacional, que relativiza o papel da mulher *vítima*, defendido principalmente por Gregori (1993), parece mais apropriado enfatizar a denominação *violência contra mulheres*, enquanto conceito próprio para as questões que se deseja tratar neste trabalho.

O uso do termo gênero, conforme Llanes (2010) foi concebido sob forte base ideológica, e considera a violência de gênero em sua dimensão estrutural, ou seja, considera que esse tipo de violência está condicionado pelas estruturas sociais que são consideradas inadequadas em sua base, já que afeta seu fundamento mais básico, qual seja, a relação entre homem e mulher. O que se pretende dizer é que, “nessa concepção, a sociedade é entendida

---

<sup>18</sup> De acordo com Santos e Izumino (2005), a teoria patriarcal consiste numa corrente teórica em que há uma dominação patriarcal, cuja perspectiva é marxista feminista, e que compreende a violência como expressão do patriarcado, aceita a autonomia da mulher, porém a percebe como historicamente vitimada. Para Scott (1989, p. 9), o patriarcado concentra sua atenção na subordinação das mulheres e encontraram a explicação na “necessidade” do macho dominar as mulheres. Na adaptação engenhosa de Hegel, Mary O’Brien define a dominação masculina como um efeito do desejo dos homens de transcender a sua privação dos meios de reprodução da espécie.

como um sistema complexo, caracterizado radicalmente pela desigualdade entre homens e mulheres e pelo conflito entre ambos, que se expressa na forma de violência, pela dominação do homem e conseguinte submissão da mulher.” (LLANES, 2010, p. 22-23, tradução nossa).

Entretanto, é preciso entender que a violência entre homens e mulheres possui uma dimensão que perpassa a estrutural, e é resultado também daquilo que a autora em pauta define como sendo *sociologia do conflito*. Nas suas palavras, “o conflito surge da confrontação de interesses incompatíveis de pessoas que ocupam posições distintas na sociedade” (LLANES, 2010, p. 22-3, tradução nossa). Dessa forma, a desigualdade entre homens e mulheres tem uma conotação na evolução histórica, configurando-se enquanto o motor da oposição e da confrontação entre eles e elas, trazendo em si reflexos não apenas sociais, de reprodução, mas também individuais, originados, por vezes, nessa relação desigual de poder, que pode ser manifestada na esfera do lar, do trabalho, no privado e também no espaço público.

Outro argumento que é preciso destacar sobre o tema diz respeito ao fato de que usar a denominação *violência de gênero* em vez de *violência contra mulheres* implica, por vezes, minimizar ou subsumir o problema das mulheres. Parpat, destaca que “o conceito de gênero, em substituição ao termo mulheres, poderia levar a uma situação em que as mulheres mais uma vez se tornam invisíveis” (PARPAT, 2010, p. 27, tradução nossa). Ao encontro desse argumento, para Tubert (2011), em contraponto à dualidade sexual ou diferença sexual, o termo gênero encobre e reduz o exato significado que se deseja expressar, ou seja, a violência que ocorre especificamente com as mulheres. Subtrair o substantivo *mulher* pode implicar em sua própria descaracterização, em seu menor valor, na generalização de um fenômeno que é expressamente singular, já que os estudos mais recentes sobre o tema demonstram que os atos de violência contra mulheres são em sua imensa maioria praticados por homens.

Logo, trata-se de uma violência que ocorre contra as mulheres, pautada em relações de gênero, construídas socialmente, seja porque há uma dominação masculina, ou mesmo por questões patriarcais. O fato é que as mulheres são as principais afetadas por esse tipo de violência, seja no ambiente doméstico, cujos agressores geralmente são maridos ou companheiros; seja no ambiente de trabalho, por meio de assédios sexuais; ou, ainda, no espaço público, ao serem abordadas, cantadas ou mesmo tocadas e abusadas sexualmente.

Não se almeja, contudo, colocar a mulher que sofre algum tipo de violência sempre numa posição de vítima, nem inferir que falte a ela uma determinada dimensão de consciência da violência sofrida. No espaço privado, e especificamente no doméstico, o medo, o amor, a conveniência, a existência de filhos, a dependência econômica, o receio de ficar sozinha, as

constantes ameaças, o medo de perder o emprego, o casamento tido enquanto eterno ou a religião, por exemplo, podem ser algumas das hipóteses que justificam a manutenção da convivência. Cabe-nos aqui apresentar tal argumento, ainda que ele não seja objeto do presente estudo.

Conceber tal situação consiste num exercício complexo de compreensão de consciência da realidade, ao interpretar o pensamento enquanto dialético, capaz de distinguir entre representação e concepção das coisas conforme descreve Kosic (1960)<sup>19</sup>. Para ele, um mesmo fenômeno mostra sua essência e ao mesmo tempo a oculta. Mas o mundo fenomênico não é algo independente e absoluto. Os fenômenos convivem no mundo fenomenal em conexão com sua essência. O fenômeno não é radicalmente diferente da essência e a essência não é uma ordem de realidade diferente do fenômeno.

Logo, ainda que, mais ou menos, as mulheres tenham alguma dimensão de consciência do que estejam vivendo, isso não ameniza a violação sofrida, o comprometimento de sua dignidade enquanto ser humano, nem tampouco justifica qualquer transgressão oriunda de atos que, por si só, não são capazes de ser interpretados como aceitáveis, numa sociedade pautada pela racionalidade.

Assim, pelas razões já expostas, este trabalho fará menção às expressões gênero e violência de gênero, uma vez que elas são amplamente utilizadas nos textos, bem como na legislação acerca do tema. Entretanto, consideramos que a denominação não se apresenta como sinônimo de *violência contra mulher*, de modo que, sempre que possível, empregaremos essa expressão para designar o que ela realmente significa, ou seja, conforme Schraiber (2005) consistem em atos de violência de diversas naturezas (física, sexual, psicológica, simbólica, laboral, em espaços públicos e privados, praticados por homens contra mulheres, independente da razão ou motivação), evitando qualquer confusão terminológica que por ventura possa ocorrer.

---

<sup>19</sup> De acordo com Richter (2012, p. 237), para o filósofo Karel Kosik (1926-2003), a realidade não se apresenta imediatamente ao homem, por isso, na dialética, se distinguem a representação e o conceito da coisa em si, que são duas dimensões de conhecimento da realidade e mais do que isso, duas qualidades das práxis humana. Tal fato decorre porque o homem perante a realidade não se constitui como um abstrato sujeito cognoscente e sim como ser, que age objetiva e praticamente sobre a natureza diante de seus interesses/necessidades, permeado por um conjunto de relações sociais. Nesse sentido, o homem inserido concretamente neste mundo experimenta, inicialmente, uma atividade prático-utilitária por meio da qual ele cria as suas próprias representações das coisas, gerando as formas fenomênicas da realidade. Entretanto, essas formas fenomênicas são distintas e mesmo contrárias em relação ao núcleo interno essencial e seu conceito correspondente da coisa. A práxis utilitária é, portanto, envolvida pelo senso comum e não pela compreensão consciente do real.

## 1.4 Violência contra as mulheres no Brasil e na Espanha

Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, de 2014, afirmam que cerca de um “terço das mulheres em todo o mundo foi ou será vítima, pelo menos uma vez na vida, de violência sexual ou outra forma de violência física, mormente por parte de um parceiro íntimo”(Relatório do Desenvolvimento Humano, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu último relatório de 2014<sup>20</sup>, sugere que 7,2% das mulheres em todo o mundo, ou seja, 1 em 14, é submetida à violência sexual cometida por outrem que não o parceiro.

Schraiber (2007) afirma que, em níveis mundiais, em média 12 milhões de pessoas sejam abusadas a cada ano, sendo que na grande maioria dos casos as vítimas são mulheres e os abusadores encontram-se no contexto familiar, isto é, são os pais, padrastos, tios, maridos ou companheiros íntimos das vítimas.

No caso do Brasil, de acordo com a OMS (2014), a cada 15 segundos uma mulher é espancada, sendo que 24,4% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência, seja no âmbito físico ou sexual. Quanto ao espaço no qual ela ocorre, a mais recorrente é a violência doméstica, já que 70% desses crimes ocorrem dentro de casa, os principais agressores são os próprios maridos e/ou companheiros. De acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012), as violências resultam em lesões corporais graves, que vão desde espancamentos e estrangulamentos, socos, queimaduras, chutes, até a morte. Conforme demonstra o relatório da Rede Saúde (2001), “os dados apontam, ainda, que o companheiro é o responsável por 56% dos espancamentos e 72% pela destruição dos bens da casa”. (NORMA TÉCNICA MINISTERIO DA SAÚDE, 2011, p. 14).

De acordo com o Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência no Brasil (2011)<sup>21</sup>,

alguns poucos estudos, realizados em 2010 por institutos de pesquisa não governamentais, como a Fundação Perseu Abramo, apontam que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Quando estimuladas por meio da citação de diferentes formas de agressão, esse percentual sobe para 43%. Um terço afirma, ainda, já ter sofrido algum tipo de violência física, seja ameaça com armas de fogo, agressões ou estupro conjugal. Outras pesquisas indicam, também, a maior vulnerabilidade de mulheres e meninas ao tráfico e à exploração sexual. Segundo estudo da UNESCO de 1999, uma em cada três ou

---

<sup>20</sup>Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

<sup>21</sup> Disponível em:<<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 28 mai. 2015.

quatro meninas é abusada sexualmente antes de completar 18 anos. Pesquisa do Instituto Avon/IPSOS-2011 aponta que 6 em cada 10 entrevistados(as) conhecem alguma mulher vítima de violência doméstica, que 6% relacionam violência a agressões verbais, humilhação, falta de respeito, ciúmes e ameaças e que 27% das mulheres declaram ter sofrido agressão grave. (PACTO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO BRASIL, 2011, p. 16).

Registra-se, ainda, o fato de que a incidência da violência sexual repercute diretamente na saúde física da mulher. De acordo com a Norma Técnica (2012), dentre os principais problemas estão os riscos de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis, bem como a AIDS, gravidez indesejada e outras sequelas que afetam a saúde mental e podem desencadear quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. “É preciso entender que, para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter de procurar o Sistema Único de Saúde e/ou delegacia de polícia, é já um agravo resultante dessa violência”. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 14).

Não obstante, há de se ressaltar ainda a sobrecarga dos sistemas de saúde em relação aos atendimentos para essas vítimas. Não apenas no aspecto econômico, porque são gastos públicos que poderiam ser evitados ou destinados a outros atendimentos inevitáveis, sobretudo em termos humanos e de custos sociais, ao avaliar o que se perde em produtividade para a sociedade em geral.

A Norma Técnica (2012) aponta que, em estimativas, “o Brasil perde 11% de seu Produto Interno Bruto (PIB) em razão da violência, e o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta anualmente entre 8% e 11% do teto Bruto com as diversas formas de atenção à violência e aos acidentes”. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 14).

Na Espanha, a realidade não se difere do restante do mundo. Há uma preocupação significativa no que tange aos dados de violência envolvendo as mulheres e muitos estudos são realizados nesse sentido. De acordo com o Instituto da Mulher,<sup>22</sup> (2009) todos os anos são registrados cerca de 7.000 reclamações de agressão sexual.<sup>23</sup> No período compreendido entre 2007 e 2013, a Espanha registrou 925.435 denúncias envolvendo violência contra mulheres, sendo que, destas, 14% (129.274) eram da região da Catalunha. Em 2006, o mesmo instituto realizou uma pesquisa telefônica com mulheres cuja faixa etária era superior a 18 anos. Os

---

<sup>22</sup> Disponível em: <http://www.inmujer.gob.es/>. Acesso em: 23 abr. 2015.

<sup>23</sup> A título de informação, em janeiro de 2013, a Espanha registrava uma população de 47.129.783 pessoas, sendo que, destas, 43,5% (20.493.732) eram de mulheres com idade superior a 15 anos.

resultados demonstraram que 9,6% das entrevistadas afirmavam terem sido abusadas, enquanto apenas 4,2% consideraram-se agredidas/maltratadas.

Em relação à atenção primária, qual seja, aquela de caráter preventivo, realizada nas Zonas Básicas de Saúde<sup>24</sup>, um estudo realizado por Ruiz (2006)<sup>25</sup> com mulheres entre 18 e 65 anos, em consultas médicas de rotina, 8,9% afirmavam ter sofrido violência sexual ao longo da vida. Em relação às ordens de proteção, no Brasil equiparadas às medidas protetivas<sup>26</sup>, a Espanha registrou, no mesmo período, um total de 261.389, sendo que 16,5% foram realizadas na Catalunha.

É importante destacar os dados relacionados especificamente a Barcelona. A capital da Catalunha possui uma população de 1.604.555 habitantes, o que corresponde a 29,0% do total da Catalunha. Destas, 43,5% são mulheres com idade superior a 15 anos. Através dos dados acerca da violência, fornecidos pela mesma fonte, verificou-se que foram registradas, de 2007 a 2013, apenas em Barcelona, 88.993 denúncias envolvendo violência contra mulheres, dados que correspondem a 68,8% do total de toda a Catalunha. O dado demonstra que a capital é responsável por mais da metade dos casos de violência envolvendo mulheres de toda a região da Catalunha. Em Barcelona, mediante entrevistas realizadas para este trabalho, a equipe de profissionais do Hospital Clínico assegurou que ocorrem cerca de 500 atendimentos por ano, entre crianças, adolescentes e mulheres adultas.

No que tange às ordens de proteção, estudo de Ruiz (2006) em Barcelona verificou que no mesmo período (de 2007 a 2013) foram 29.205 registros. Esse valor equivale a 67,9% do total da Catalunha, que foi de 43.010. Outro dado de destaque resulta do total de casos em que se obteve um seguimento integral dos casos de violência contra mulheres. Na Espanha toda, foram 64.068, na Catalunha o total de 26.713 e, em Barcelona, 18.068 casos, equivalendo a 67,6% dos registros da capital em relação à Comunidade Autônoma.

---

<sup>24</sup> Zonas Básicas de Saúde, previstas na Lei de Saúde Espanhola, que correspondem à delimitação geográfica, encontradas em quase todas as Comunidades Autônomas, servem de referência para a atuação da equipe multiprofissional de atenção primária à saúde, onde são desenvolvidas atividades com a população nos centros de Saúde. Cada Zona Básica de Saúde dispõe de um hospital geral, que serve de referência e de um Centro de Especialidade, local onde ocorrem todos os atendimentos especializados.

<sup>25</sup> Ruiz I. *et al.* La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *GacSanit*, 2006; 20 (3): 202-8.

<sup>26</sup> São aquelas previstas pela Lei Maria da Penha (Lei nº. 11.340/06), nos artigos de 22 a 24, com objetivo de proteger não apenas as mulheres vítimas de violência, mas também os filhos. São elas: afastamento do lar, suspensão/restrição dos direitos de visita, prestação de alimentos provisórios / provisionais e separação de corpos.

Diante da realidade expressa em dados, conclui-se que a violência contra mulheres é um fenômeno que, para além de ser universal, tanto no Brasil quanto na Espanha, é multicausal e afeta toda a estrutura de um país, na medida em que exige a participação do aparato governamental, tanto em relação a políticas de saúde, de segurança, de prevenção, sociais e de trabalho. Por essa razão, é necessário o alinhamento dessas medidas com o sistema judiciário e com a polícia, considerando a precisão da participação sistematizada e contínua desses profissionais, com vistas não apenas a tratarem essa vítima, nos aspectos que envolvem questões de saúde e psicossocial, mas também prevenir outros casos e ainda punir os eventuais agressores.

### **1.5 Políticas de combate à violência contra as mulheres no Brasil e na Espanha**

Em dezembro de 1993, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Declaração sobre a eliminação da violência contra a Mulher, sendo este o primeiro instrumento internacional de Direitos Humanos que aborda a violência contra a mulher e a define enquanto sendo “todo ato de violência baseado em gênero que tenha como resultado um possível dano físico, sexual, psicológico, incluindo as ameaças, a coerção, a privação arbitrária da liberdade, ocorrendo esta tanto na esfera pública quanto privada” (ONU, 1993, s. p.).

Em 1994 ocorreu no Brasil a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), definindo a violência contra a mulher como sendo “todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, ampliando assim as considerações da Convenção de Viena, tornando-se um dos mais importantes instrumentos normativos de enfrentamento à violência no país” (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994, s. p.).

Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacou através da Resolução nº. 4925, por meio da Assembleia Mundial de Saúde, que a violência consiste num problema de saúde pública; em 1997 é promulgada a Resolução da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas e em 1999 ocorre o ano europeu da luta contra a violência de gênero. Além disso, a decisão nº. 803/2004, do Parlamento europeu, adota um programa de ação comunitária para prevenir e combater a violência contra crianças, jovens e mulheres.

No Brasil, o contexto histórico da implantação de políticas de saúde pública relacionadas às mulheres se deu após os anos de 1950 e acompanharam as mudanças ocorridas no cenário mundial. Em linhas gerais, as políticas para mulheres foram pensadas

concomitantemente com a mudança de paradigmas dos conceitos de saúde, com o advento da *Reforma Sanitária*<sup>27</sup> iniciada em meados dos anos de 1960.

Pela Constituição de 1988, a saúde passa a ser compreendida enquanto direito fundamental constitucionalmente garantida para todos, conforme expresso no artigo 6º, no rol dos direitos sociais, enquanto direito público, cuja responsabilidade pelo seu efetivo cumprimento passa a ser do Estado. Assim, em 1990, promulga-se a Lei do Sistema Único de Saúde (Lei do SUS – nº. 8080/1990), cujo objetivo é o de estabelecer condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, com escopo na premissa da saúde enquanto um direito fundamental do ser humano, sendo obrigação do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. (Art. 2º da Lei nº. 8080/90).

Diante desse panorama de equidade e universalização proposto pelo SUS, o Estado brasileiro passa a problematizar com maior criticidade a situação das mulheres no contexto social e, dessa forma, emergem as políticas de saúde, com enfoque na saúde da mulher.

Primeiramente, tais políticas surgem numa conjuntura voltada para assistência à saúde, como aspectos relacionados à reprodução, que envolvem a gestação e o pós-parto; por conseguinte, esse acesso vai sendo ampliado, de modo a integralizar outras ações que passam a incluir a saúde da mulher num contexto mais geral. Ou seja, tende-se a garantir determinada condição das mulheres enquanto cidadãs, numa dimensão que as torna detentoras de direitos sexuais próprios, com características intrínsecas, cujas necessidades são peculiares, singulares, cabendo ao Estado o papel de garanti-las.

Frisa-se que em 1983, ainda sob a égide da Reforma sanitarista, foi criado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Tal programa constituiu num marco histórico sobre esse assunto, pois foi o resultado da confluência de forças dos movimentos de mulheres espalhados pelo mundo.

Correa (1993), ao avaliar os primeiros dez anos do PAISM, destaca o conservadorismo da sociedade e o quanto a influência e imposições da Igreja Católica se apresentavam como um dos desafios enfrentados pelo Estado, que refletia na dificuldade de estruturar políticas públicas que fossem direcionadas para o combate a violência contra mulheres. Osis (*apud* Lima e Deslandes, 2014), ao refletirem sobre o assunto, analisam a perspectiva do movimento

---

<sup>27</sup> A Reforma Sanitarista propunha ações concretas que ampliavam fundamentalmente o acesso dos cidadãos à saúde e pretendia ser mais do que uma reforma setorial, já que se esperava uma mudança de paradigma no que tange às questões relacionadas à saúde, de modo que esta fizesse parte do processo de democratização e de consolidação da cidadania do país.



feminista, de modo a reconhecer o pioneirismo brasileiro ao se posicionar sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes do início das discussões internacionais.

Isso posto, o conceito de saúde da mulher passa a ser compreendido em suas múltiplas dimensões e a expressão mulher passa a ser ampliada em sua magnitude, enquanto gênero, expressando a dimensão social a que o termo remete.

Sob a ótica da concepção de gênero emergem nos anos de 1990 e 2000, no estado brasileiro, políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, porém entendendo a mulher na perspectiva do gênero, não apenas como sexo feminino, ou seja, numa abordagem puramente biológica.

Tais políticas retomam a discussão da violência enquanto fenômeno comprometedor da saúde da mulher, ensejando ações pontuais sobre o assunto, que passam a buscar a promoção da autonomia e empoderamento da mulher. Não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, psíquica e social está na pauta das discussões do governo e dos movimentos feministas que defendem tais interesses.

O ano de 1999, com a elaboração e promulgação da Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, pelo Ministério da Saúde, marcou mais um avanço nas políticas públicas para as mulheres. Essa Norma Técnica determinava a garantia de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual nos serviços de saúde, representando uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência. A oferta desses serviços, portanto, permitiu a adolescentes e mulheres o acesso imediato a cuidados de saúde, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez indesejada.

A realização da I e da II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres resultou na construção coletiva de dois Planos Nacionais de Políticas para Mulheres (2004 e 2008), com a proposta de enfrentamento à violência contra as mulheres, consolidando a temática como um eixo intersetorial e prioritário no campo das políticas para as mulheres.

Em 2003, conforme já mencionado em tópico anterior, foi instituída a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, configurando-se enquanto marco histórico sobre o tema. No ano seguinte foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher<sup>28</sup> como sendo uma reformulação da PAISM, se configurando enquanto

---

<sup>28</sup> Disponível em: <[www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/.../politica-nacional](http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/.../politica-nacional)>. Acesso em: 30 mar. 2015.

marco histórico na instauração de novos paradigmas voltados para a assistência hospitalar de vítimas de violência sexual. Para essa política, é estabelecido um plano de ação, em que um dos objetivos específicos é o de promover a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Em 2007, o governo Federal, por meio de Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), elabora o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulher, enquanto instrumento da política nacional, visando ampliar o acesso da mulher à saúde, com ações de combate à violência, com ênfase para a violência sexual.

Assim, a criação dos serviços de atenção às mulheres vítimas de violência sexual no Brasil passou a ser entendida como o resultado desse novo paradigma a partir do qual a saúde se organiza, almejando uma atenção especializada por ser a violência sexual uma das manifestações mais cruéis e persistentes de violência.

Na Espanha, assim como no Brasil, a implantação sistematizada do serviço de saúde foi pautada por significativas mudanças. Iniciada em meados de 1930, com a Promulgação da *Ley de Coordinación Sanitaria*, cujo objetivo era intensificar a intervenção estatal, de modo a ampliar o acesso à população, foi criado o Ministério da Saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados. Após a Reforma Civil Espanhola, a Lei de Bases manteve em 1944 a proposta inicial referente a questões de Saúde. Nos anos seguintes, a constituição do Instituto Nacional de Previsão trouxe garantias à saúde do trabalhador e, juntamente com a Lei de Seguridad Social, promulgada em 1974, foram responsáveis por ampliar os direitos trabalhistas agora com ênfase maior nas questões relacionadas à salubridade laboral.

Em 1978, a Constituição Espanhola<sup>29</sup> estabeleceu a divisão do país em Comunidades Autônomas<sup>30</sup> e, no que tange aos serviços de saúde, cada comunidade passaria a ter competência própria para legislar e organizar seus serviços de saúde, desde que fossem mantidos os direitos fundamentais, princípios e critérios substantivos previstos no texto constitucional. Ressalta-se que essa divisão do território correspondeu aos anseios da reforma

---

<sup>29</sup> Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

<sup>30</sup> Tais comunidades são compostas por uma capital da região, e por províncias que, por sua vez, possuem capitais próprias. No total são 17 comunidades autônomas que se somam às cidades de Ceuta e Melilla, sendo que Barcelona, juntamente com Girona, Lerida e Tarragona fazem parte da Comunidade Autônoma da Catalunha. Barcelona é capital da Comunidade autônoma da Catalunha e, sendo província desta, também é a sua própria capital. Em relação à legislação vigente, no Brasil, embora exista autonomia estatal, todos os estados estão obrigados ao cumprimento da Constituição Federal, assim como ocorre na Espanha. Há uma constituição espanhola, promulgada em 1978, que vigora por todo o país, em todas as Comunidades Autônomas. Entretanto, essas possuem autonomia legislativa e competências executivas próprias; dessa forma, a Catalunha, por sua vez, possui um Estatuto próprio que a regulamenta.

sanitária espanhola, objetivando a prestação dos serviços de saúde com mais qualidade, equidade e participação social.

Sendo assim, os artigos de 43 a 49 do referido texto estabeleciam o direito a todos os cidadãos espanhóis e estrangeiros, residentes na Espanha, de obter a prestação do sistema de saúde. Para possibilitar o exercício pleno desse direito, em 1986 é promulgada a Lei Geral de Saúde apresentando às Comunidades Autônomas o modo pelo qual organizariam seus sistemas de saúde elevando-os à condição de prioridade para atender a toda a população residente sob aquela jurisdição. Dessa forma, é implementado o *Sistema Nacional de Saúde* passando a vigorar em toda a Espanha, de modo a permitir a interligação e a integração entre os serviços de saúde de todas as comunidades autônomas num modelo de gestão eficiente.

Em 2003 foi criado o Ministério de Saúde e Consumo, substituído em 2009 pelo Ministério de Saúde, Serviços Sociais e Igualdade. Esse Ministério passou a ser o responsável pela elaboração das políticas públicas de saúde, incluindo aquelas destinadas às mulheres, com vistas a garantir o direito destas a um serviço de saúde diferenciado, com políticas próprias, haja vista o reconhecimento do panorama mundial no qual se debatia a condição de desigualdade em que as mulheres se encontravam.

Quando se trata da violência contra as mulheres, ou de *mulheres maltratadas*, denominação usada na Espanha, ressalta-se que, em termos históricos, o processo foi idêntico ao Brasil. A elaboração das políticas espanholas destinadas às mulheres foi significativamente influenciada pelos mesmos eventos internacionais, tanto da ONU quanto das Conferências realizadas pelo mundo, nos anos de 1970, 1980 e 1990.

Todavia, cabe destacar que a efetivação dessas políticas, diferentemente do que ocorreu no Brasil, se concretizaram somente no ano de 2004, após a promulgação da Lei Orgânica 01/2004, que estabelecia a *Protección Integral contra la violencia de género*. Anteriormente a isso, uma ou outra política versava sobre o assunto, mas ainda de forma tímida. Pode-se dizer que a referida norma trouxe em seu bojo um marco teórico, histórico e legislativo para a Espanha, no que tange às políticas de saúde com vistas a garantir os direitos das mulheres de viver uma vida sem violência, conforme preconizado pelos organismos internacionais.

## **1.6 A legislação brasileira e a espanhola de violência contra as mulheres**

A legislação de um país, de uma região, de um Estado é, ao mesmo tempo, produto e resultado de conflitos sociais permanentes e suas formulações, seus interesses e seu contexto

histórico atende de forma ampla e significativa aos interesses de um determinado segmento social, em detrimento de outro. Discussões conceituais e teóricas sobre mulher, gênero, feminismo, direitos sexuais, políticas públicas de saúde passaram a estar na *pauta do dia* a partir da segunda metade do século XX. Nesse contexto, as leis que versavam sobre tais assuntos passaram a ser estabelecidas enquanto prioridades de governo e da sociedade civil.

A ascensão dos movimentos feministas, sobretudo aqueles que se destacaram após os anos de 1950, influenciou alguns países a adotarem medidas com vistas a garantir o efetivo cumprimento de determinados direitos. Almejava-se não somente a igualdade formal, ou seja, o texto da lei, mas principalmente a igualdade material, isto é, a concretização de práticas efetivas que garantissem às mulheres melhores condições de vida, saúde, trabalho e exercício de sua liberdade.

Dessa forma, após a promulgação da Resolução da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, em 1997, os Estados Membros foram notificados a realizar ações pontuais que, dentre outras muitas, incluíam ações para a luta contra discriminação da Mulher e seus direitos em âmbito universal, chamando a atenção para a violência contra mulheres, que se constitui enquanto problema social histórico que precisava ser combatido.

Em 1998 o Ministério da Saúde brasileiro, atento a essas questões mundiais, constituiu uma Comissão multidisciplinar com objetivo de criar uma norma técnica que regulamentasse e normatizasse os serviços de assistência às mulheres vítimas de violência sexual.

Em 1999 é lançada a primeira edição da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, que estabelecia diretrizes para a configuração dos serviços hospitalares de saúde. Esta norma é atualizada periodicamente; atualmente, em sua última versão, publicada em 2014, constam tópicos detalhados, que servem de orientação técnica para todos os serviços hospitalares que atendem a mulheres vítimas de violência sexual.

Tais orientações incluem desde a normatização para as instalações físicas, bem como as normas gerais de atendimento, formação e capacitação de equipe multidisciplinar, apoio psicossocial, tratamento e uso de fármacos, profilaxia antirretroviral, anticoncepção de emergência, procedimento para interrupção de gravidez decorrente de estupro (aborto sentimental); e coleta de material genético com objetivo de identificação do agressor.

Em novembro de 2003, é promulgada a Lei nº. 10.778, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, para todos os casos de violência contra mulheres que forem atendidas nos serviços de saúde, sejam eles de natureza pública ou privada.

A promulgação dessa lei institui um dos objetivos específicos do Plano de Ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, entre os anos de 2004 e 2007, cuja determinação estabelecia a promoção da atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica.

O objetivo era ampliar em 30% os serviços de saúde e possibilitar que os hospitais e as equipes fossem capacitados para a assistência de mulheres vítimas de violência sexual, uma vez que antes a prioridade dos serviços hospitalares destinava-se, com maior ênfase, aos casos de mulheres vítimas de violência física, principalmente a violência doméstica.

A Espanha, tal qual o Brasil, também se configura enquanto país membro das Nações Unidas, e as recomendações da Resolução da Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, de 1997, foram igualmente determinantes para a sistematização e elaboração de políticas públicas voltadas para o combate à violência contra mulheres.

Embora seja identificável a existência de leis e atos normativos datados do período anterior ao ano de 2004 como, por exemplo a Lei 27/2003, que versa sobre a regulação da ordem de proteção às vítimas de violência doméstica, é a Lei Orgânica 01/2004 o marco histórico legislativo no que tange à *Protección Integral contra la violencia de género*.

A referida lei espanhola, se constitui como uma reivindicação que as organizações de mulheres solicitavam desde o ano de 1991. Equivale no Brasil ao que está proposto pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência; e no que diz respeito à violência sexual, procura atender a todas as recomendações dos organismos internacionais que versam sobre o assunto, tal qual o modelo brasileiro.

São muitos os aspectos que fazem dessa norma um marco histórico na Espanha na atuação contra a violência de gênero. Primeiramente porque, em termos teóricos, a referida Lei parte da concepção de gênero de forma ampliada, conforme estabelecem as Nações Unidas em sua Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher.

Não obstante, inclui medidas de sensibilização, prevenção e detecção dos agravos de violência em diversos segmentos de atuação, incluindo aí o sistema de educação, de publicidade e comunicação, bem como o sistema sanitário, sendo que para esse último estabelece a necessidade de serviços de saúde com atenção permanente, de urgência e com a prestação da assistência de profissionais em âmbito multidisciplinar, de modo a alcançar os objetivos que permeiam ações de prevenção e sensibilização.

Ademais, o sistema de atuação de informação de mulheres vítimas passa a ser considerado enquanto um direito, ampliando as formas de acesso aos cuidados necessários.

Por fim, e não menos importante, a Lei orgânica de 2004 assevera a criação de organismos específicos, capazes de oferecer apoio a essas vítimas como, por exemplo, a Delegacia Especializada do Governo Contra a Violência sobre Mulheres, que atua enquanto referência para todas as matérias que versam sobre violência de gênero e ainda os Juizados Exclusivos de violência contra a mulher para julgar os processos de forma mais rápida e eficiente.

Registra-se ainda a exigência da criação de uma comissão contra a violência de gênero com apoio técnico, cujas ações sejam destinadas à adoção de medidas de saúde capazes de implementar um Protocolo Sanitário que contribua para a erradicação dessa violência.

Assim, as ações coordenadas dessa comissão, que envolveria todas as Comunidades Autônomas da Espanha, seriam organizadas para a formação do Observatório de Saúde das Mulheres, cujo trabalho contempla a iniciativa de criação de setores como o de vigilância epidemiológica, o de elaboração de protocolos de cuidados da saúde, o de formação de profissionais e questões éticas e legais e o de avaliação das ações, devendo estar em consonância com as diretrizes do Sistema Nacional de Saúde (NHS) espanhol.

Frisa-se que os referidos protocolos espanhóis contêm as orientações necessárias para a prevenção, o tratamento e a monitoramento do estado de saúde dessas vítimas, bem como para possibilitar o acesso aos serviços hospitalares, possibilitando o diagnóstico precoce da violência.

Dessa forma, no decorrer dos anos 2000, tanto no Brasil quanto na Espanha, outras políticas, regulamentações, normas e leis vão surgindo com vistas a garantir a efetivação desses direitos às mulheres com relação a questões relacionadas à violência.

No Brasil, muitas foram as ações no sentido de integrar a saúde e os direitos da mulher nas agendas governamentais e, dessa forma, as políticas públicas voltadas para as mulheres ganharam cada vez mais visibilidade. Destaca-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a mulher, iniciada em 2003 que, como dito, configurou-se enquanto marco histórico no cenário brasileiro. O Quadro 2 foi elaborado com a finalidade de apresentar as principais políticas e leis que se estabeleceram no decorrer dos anos 2000 e seguintes, relacionadas às mulheres. Como fonte, foram utilizados os *sites* da Secretaria de Políticas das Mulheres (SPM) e do Ministério da Saúde.

**QUADRO 2– Brasil: Políticas públicas de saúde e leis com enfocam as mulheres entre os anos 2000 e 2015**

Ano	Política governamental estabelecida/lei	Objetivo
2004-2008	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	<p>I. Promover a autonomia econômica e financeira das mulheres, considerando as dimensões étnico-raciais, geracionais, regionais e de deficiência.</p> <p>II. Promover a igualdade de gênero, considerando a dimensão étnica racial.</p> <p>Nas relações de trabalho:</p> <p>III. Elaborar com base na Agenda Nacional o Plano Nacional do Trabalho Decente, incorporando os aspectos de gênero e considerando a dimensão étnico-racial.</p>
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos	<p>Ampliar a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis.</p> <p>Aumento do acesso à esterilização cirúrgica voluntária.</p> <p>Introdução da reprodução humana assistida no SUS.</p>
2006	Promulgação da Lei Maria da Penha Lei nº. 11.340/06	Estabelece mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar, criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.
2007	Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e outras DST's.	Instrumentalizar a luta pela conquista da igualdade e da cidadania plena das mulheres brasileiras.
2007	Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoa	Formular diretrizes para nortear esse tipo de violência vivenciado principalmente por mulheres.
2007	Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres	Planejar ações que visem à consolidação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, por meio da implementação de políticas públicas integradas em todo o território nacional.
2009	Promulgação da Lei 12.015/09	Altera o código Penal, estabelecendo mudanças significativas na configuração do estupro e na concepção de vulnerabilidade, dentre outros assuntos.
2011	Norma técnica para a atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: matriz pedagógica para formação de redes	Promover, por intermédio de formação profissional continuada, a organização e a sustentabilidade da atenção integral para mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência doméstica e sexual, bem como o apoio ao desenvolvimento de habilidades

		que tenham por fim garantir a prevenção e o atendimento na concepção de rede integrada.
2011	Diretrizes Nacionais de Abrigo às Mulheres em situação de violência	
2011	Norma técnica dos aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde	Contribuir para uma atuação mais qualificada dos profissionais de saúde, mas também somar com os esforços e as iniciativas governamentais e não governamentais de enfrentamento à violência contra as mulheres em todos os seus ciclos de vida.
2012	Política Brasileira de Enfrentamento da AIDS, Resultados, Avanços e Perspectivas	Avaliar os avanços e resultados no período de 2002 a 2012.
2013	II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres	
2013	Programa Mulher, viver sem violência	Integrar e ampliar os serviços públicos existentes voltados às mulheres em situação de violência.
2015	Lei 13.104/15 – Lei do Femicídio	Prevê o homicídio contra mulheres como ‘femicídio’, sendo crime hediondo nos casos em que sua motivação de se tratar de situações em que violência doméstica e familiar e/ou menosprezo ou discriminação à condição de mulher.

FONTE: Dados da pesquisa.

Frisa-se, ainda, em 2006 no Brasil, a promulgação da Lei Maria da Penha<sup>31</sup>, sendo esta uma imposição da Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA), que exigiu do Brasil uma postura mais incisiva no que tange às questões de violência. Assim sendo, a lei contempla a possibilidade de mais rigor quanto à punição de crimes de natureza doméstica praticados no âmbito do contexto familiar.

Em 2009, a Lei nº 12.015 alterou a configuração de estupro do artigo 213, ampliando o conceito, que passou a considerar crime de estupro o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, Código Penal, 1940, s. p.). Na redação anterior, a violência era restrita à mulher e nos casos em que não incluísse a conjunção carnal (cópula

<sup>31</sup> Lei brasileira promulgada em 2006, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, com base na Constituição Federal de 1988 e dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher.



vagina-pênis) seria configurada enquanto ato libidinoso, com pena menor; contribuindo para que muitos abusadores se valessem dessa possibilidade para execução de seus crimes.

Na Espanha, o que se verifica no mesmo período é o esforço do governo espanhol em promover planos, políticas e normas que versem sobre a saúde e os direitos das mulheres. Para além do que estabelece a Lei Orgânica 1/2004, a proposta do governo era ampliar esses direitos por meio do Plano Nacional de Prevenção e Sensibilização, resguardando a dignidade e garantindo assim às mulheres uma vida sem violência.

Nesse sentido,

Apesar de tudo isto, o Governo considera que a Lei Orgânica precisa de um novo impulso para garantir mais segurança para as mulheres, e tornar possível o direito fundamental que o inspira: o direito das mulheres a viver sem violência. Para isso, aprovou-se, juntamente com o Plano Nacional de Prevenção e Sensibilização, um conjunto de medidas urgentes a fim de reforçar algumas das medidas já em curso e, com base na experiência, implementar novas medidas de coordenação que resultem em maior eficiência dos mesmos. O objetivo principal é proteger as vítimas e prevenir a tragédia da violência doméstica, que continua a afetar anualmente as vidas de muitas mulheres, dedicando à proteção das vítimas todos os recursos dos quais o Estado já dispõe. (MEDIDAS URGENTES NA LUTA CONTRA A VIOLÊNCIA DE GÊNERO, 2006, p. 2, tradução nossa).<sup>32</sup>

Dentre as diversas medidas adotadas, que vão desde ampliação e proteção da segurança às vítimas, foi criado um banco de dados único, que integra as forças de segurança do Estado, medidas judiciais que possibilitam o acesso das vítimas ao sistema de justiça, bem como punição mais rápida dos agressores.

No que tange aos aspectos de saúde, estabeleceu-se a criação de um protocolo hospitalar comum para a atuação dos profissionais da saúde, com vistas a garantir que, em todos os locais que a vítima fosse atendida, houvesse a mesma prioridade e o mesmo tratamento diferenciado; em caso de suspeita de abuso, essa informação deveria obrigatoriamente constar na história clínica dessas pacientes.

O quadro que apresentamos em seguida ilustra as principais ações governamentais bem como as leis realizadas para o período, considerando como parâmetro as diretrizes da Lei Orgânica 01/2004. Trata-se de elaboração própria, com base nos dados disponíveis no

---

<sup>32</sup>Disponível em:<

[http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Medidas\\_Urgentes\\_lucha\\_contra\\_Violencia\\_Genero\\_aprobadas\\_CMinistros\\_15\\_12\\_2006.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Medidas_Urgentes_lucha_contra_Violencia_Genero_aprobadas_CMinistros_15_12_2006.pdf)>. Acesso em: 15 mai. 2015.

Ministério de Saúde, Serviços Sociais e Igualdade do Governo da Espanha, especificamente em Serviços Sociais e Igualdade, Violência de Gênero e trato de Mulheres.<sup>33</sup>

**QUADRO 3–Espanha: Políticas públicas de saúde e leis com enfoque nas mulheres entre os anos 2006 e 2014**

Ano	Política	Objetivo
2006	Medidas Urgentes	Estabelecer as diretrizes do Plano Nacional de Prevenção e Sensibilização com medidas emergenciais capazes de oferecer à mulher uma vida sem violência.
2007	Lei Orgânica 03/2007	Conjunto de normas jurídicas que visa alcançar a igualdade efetiva entre homens e mulheres.
2007-2008	Plano Nacional de sensibilização e prevenção da violência de gênero	Estabelecer estratégias em diversas áreas de atuação (prevenção primária, secundária e terciária) com metas para curto, médio e longo prazo.
2008	Lei 5/2008 – Erradicação da violência contra mulheres, criada pela Comunidade Autônoma da Catalunha	Lei que garante às mulheres o direito de erradicarem a violência machista.
2009-2012	Plano de atenção e prevenção da violência de gênero na população estrangeira e imigrante	Estabelecer ações de prevenção relacionadas à violência de gênero, que alcancem a população estrangeira e imigrante.
2013	Plano personalizado de atenção às vítimas de violência de gênero	Melhorar e ampliar as condições de proteção às vítimas de violência de gênero e seus filhos.
2014	Protocolo de encaminhamento entre as regiões autônomas para coordenar as redes de abrigos para mulheres vítimas de violência doméstica e seus filhos	Sistematizar as condições de assistência social destinada às vítimas de violência doméstica e seus filhos ofertando o acolhimento em redes de abrigos.
2014	Repertório da legislação regional sobre centros de acolhimento	Normatizar a atuação regional dos centros de acolhimento.
2014	Orientações propostas para a intervenção abrangente e individualizada de mulheres vítimas de violência doméstica, seus filhos e outros dependentes	Sistematizar e estabelecer entre as comunidades autônomas os critérios necessários para acolhida de vítimas de violência doméstica e seus filhos nos centros de acolhimento

FONTE: Dados da pesquisa.

Além da elaboração dessas ações em âmbito nacional, para toda a Espanha, frisam-se aquelas realizadas pontualmente pela Comunidade Autônoma da Catalunha, com objetivo de cumprir o estabelecido pela Lei Orgânica 01/2004.

<sup>33</sup> Disponível em: < <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

De acordo com o relatório referente ao Balanço de resultados de aplicação da Lei Orgânica 01/2004, publicado em 2006, a Catalunha já havia instaurado o V Plano de Desenvolvimento para ação de políticas de mulheres da Catalunha (2005-2007), conforme o eixo seis: abordagem integral de violência contra as mulheres por meio do Programa específico para esse fim<sup>34</sup>.

Nesse mesmo ano, o Informe de avaliação dos três anos da entrada em vigor da Lei orgânica 01/2004<sup>35</sup> destacou a promulgação da Lei 5/2008, de 24 de abril, que estabelecia o direito de as mulheres erradicarem a violência machista.

Em 2015, a publicação do Informe de Avaliação dos Dez Anos da Entrada em vigor da Lei Orgânica 01/2004 ressaltou que a Comunidade Autônoma da Catalunha já dispunha de um Plano de Políticas de Mulheres do Governo Geral da Catalunha que contemplava o período de 2008 a 2011.

No que tange aos Acordos e Protocolos Interinstitucionais, o mesmo Informe assevera que a Catalunha já dispunha de um protocolo marco para uma intervenção coordenada contra a violência machista, sendo que deste Protocolo foram criados o Plano de Segurança e atenção às vítimas de violência machista e doméstica (2011) e o Protocolo para abordagem da violência machista no âmbito da Saúde da Catalunha.

Em relação à criação dos Conselhos/Comissões, houve a criação da Comissão Interdepartamental para a Igualdade de Oportunidades das Mulheres e o Conselho de mulheres da Catalunha.

Sob os aspectos sanitários, de acordo com o mesmo Informe, a Comunidade Autônoma da Catalunha investiu maciçamente na capacitação dos profissionais da atenção primária, por meio do diagnóstico precoce com incidência dos casos de violência contra a mulher. Nesse sentido,

A prevenção se constituiu enquanto uma das áreas de intervenção que abordam as diversas modalidades em saúde existentes. Uma delas, foi o progressivo avanço na implementação de programas de promoção integral da saúde das mulheres considerando-se especialmente aquelas situações de maior vulnerabilidade e/ou grupos de riscos. (INFORME DE EVALUCUION A LOS DIEZ AÑOS DE

---

<sup>34</sup>Plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña (2005-2007). Sexto eje: abordaje integral de las violencias contra mujeres, por meio do Programa para el abordaje integral de las violencias contra mujeres (2005-2007). Disponível em: <[http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_serveis/docs/publicacions\\_eines02cast.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_serveis/docs/publicacions_eines02cast.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

<sup>35</sup>Informe de Evaluación a los tres años de entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 en el ámbito autonómico (2009). Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/gl/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/home.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

ENTRADA EM VIGOR DE LA LEY ORGANICA 1/2004 EM EL ÂMBITO AUTONÓMICO, 2015, s. p.).<sup>36</sup>

Ressalta-se ainda a implantação do Plano de Saúde da Catalunha de 2010, que inclui entre suas diretrizes as ações prioritárias de combate à violência contra mulheres, crianças e idosos. De todo o exposto, verifica-se que o processo de criação, promulgação e implantação das leis e políticas de saúde, com ênfase nas mulheres e, sobretudo nos aspectos que envolvem a violência contra as mulheres, tanto o Brasil quanto a Espanha, se concretizou de forma bem semelhante.

Ambos países foram influenciados pelo contexto histórico de lutas das mulheres por igualdade de direitos, que se tornaram mais fortes, a partir dos anos 50, num contexto mundial. Todavia, muito embora se reconheça a existência de políticas públicas realizadas nos anos seguintes, 60, 70 e 80, é possível constatar que a década de 90 e os anos 2000 e seguintes foram os mais significativos em termos de ações concretas.

Pode-se dizer então que o final do século XX e o início do século XXI foram fundamentalmente um marco histórico no que tange ao processo de reconhecimento quanto à legitimidade dos direitos das mulheres, tanto no Brasil quanto na Espanha. Tal processo não se estabeleceu tão somente pela busca, mas ainda pela preservação dessa igualdade no âmbito da liberdade, da sexualidade, do direito a dispor do próprio corpo, das escolhas sexuais; enfim, do reconhecimento da mulher enquanto sujeito de direitos invioláveis.

Por essa razão, a violência contra as mulheres configura-se enquanto eixo central na elaboração de políticas públicas que pretendem erradicá-la; e nesse contexto é que as políticas de saúde se sobressaem enquanto instrumentos capazes de promover uma mudança significativa de paradigma, relevante e eficaz, de forma preventiva, seja na atenção primária, ou ainda na atenção secundária e terciária, quando já se constatou efetivamente a situação de violência.

---

<sup>36</sup> Informe de Evaluacion a los diez años de entrada em vigor de la Ley Organica 1/2004 en el ámbito autonómico(2015).

Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/gl/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/home.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

## CAPÍTULO II

### **O CIRCUITO BARCELONA CONTRA A VIOLÊNCIA ÀS MULHERES E A REDE DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA EM MONTES CLAROS: CRIAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL**

Este capítulo, numa perspectiva comparada, tratará de alguns dos principais serviços, em sua maioria de natureza pública, que estão envolvidos com a assistência à mulheres que sofreram violência sexual tanto no Brasil quanto na Espanha

Em geral, quando uma mulher sofre algum tipo de violência sexual, ela busca, ou deveria buscar, de forma imediata, ajuda policial, no que tange a ações punitivas em relação ao agressor, e/ou um serviço hospitalar, de preferência referenciado, para lhe prestar os primeiros atendimentos, com vistas a resguardar sua saúde física e mental. Identificou-se que existem em ambos os países uma diversidade de serviços que, de alguma forma, estão relacionados à assistência a essas mulheres, tanto em âmbito jurídico, de segurança, social e de saúde.

Na Espanha, precisamente na região de Barcelona, o conjunto desses serviços recebe a denominação de *Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres*, uma vez que contemplam várias instituições interligadas, pelas quais as mulheres violentadas podem e/ou devem passar com a finalidade de serem atendidas. No Brasil, fala-se geralmente numa *Rede de Atenção à Violência*, expressão verificada inclusive em alguns dos princípios normativos do governo em relação ao tema. Entretanto, embora essa definição de Rede seja reconhecida por alguns órgãos e entidades que prestam assistência multidisciplinar a essas mulheres, sua constituição, em termos práticos ocorre de forma diferente em relação ao que se observou na Espanha, conforme será esclarecido adiante.

Para a escrita deste capítulo foram estabelecidas como unidades comparativas as seguintes perspectivas: o contexto histórico de criação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres e da Rede de Atenção à Violência de Montes Claros; os hospitais de referência para esses atendimentos; a infraestrutura de cada um; a chegada das vítimas ao hospital; a equipe e atuação de profissionais e, por último, os encaminhamentos realizados a outros serviços disponíveis.

Cabe esclarecer que as instituições hospitalares analisadas, quais sejam, o Hospital Clínico, em Barcelona, e o Hospital Universitário Clemente de Faria, em Montes Claros, ambos são referência em atendimento a vítimas de violência sexual, tanto homens quanto

mulheres. Entretanto, por uma questão de recorte teórico, focaremos apenas nos atendimentos a mulheres que foram vítimas de violência sexual.

### **2.1 Protocolo Comum Para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero da Espanha (2012) e a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes no Brasil (1999)**

Na Espanha, a atuação dos serviços de saúde na assistência a mulheres que sofreram violência sexual se organiza por meio do *Protocolo Comum Para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero*, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade. Trata-se de um documento conceitual, que apresenta definições de violência de gênero, seus diversos subtipos (física, sexual ou em âmbito doméstico, por exemplo) e foi elaborado com a participação de integrantes de diversas áreas das várias comunidades autônomas da Espanha, porém com orientações práticas que norteiam os profissionais de saúde. Esse protocolo aborda o funcionamento dos serviços hospitalares, bem como aspectos éticos e legais, com vistas a orientar os profissionais envolvidos sobre como proceder, organizar e estruturar os atendimentos em casos de mulheres que sofreram algum tipo de violência de gênero, o que inclui a violência sexual.

O referido Protocolo corrobora as exigências e determinações da legislação da Espanha, sobretudo a Lei Orgânica espanhola 01/2004, no que diz respeito à violência contra mulheres, quando a natureza desta é sexual. O documento ressalta ainda a necessidade de atuação sistemática, rápida e eficiente do profissional de saúde, no sentido de garantir à mulher vítima que sejam resguardados todos os seus direitos, com minimização dos danos psíquicos e mentais. Para tanto, elenca os principais cuidados a serem tomados no âmbito da saúde:

Performances de medicina clínica: coleta inicial de dados e história pessoal; ordenar a execução de medicina forense, através do tribunal de polícia, e cooperar no seu trabalho; avaliação do estado físico e mental em geral, exame físico; coleta de amostragem do trato genital DSTs, coleta de amostragem cavidade anal ou oral, dependendo do tipo de agressão sofrido pode ser necessária; pedido de exames de sangue, o tratamento imediato de quaisquer lesões físicas, encaminhar para a assistência psicológica, realização de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a profilaxia pós-exposição ao HIV, profilaxia da gravidez, emissão de partes de lesões e informar às mulheres os recursos e direitos dos quais ela dispõe, inclusive quanto ao agressor. (PROTOCOLO COMUM PARA A ATUAÇÃO DE SAÚDE EM CASOS DE VIOLÊNCIA DE GÊNERO, 2012, p. 66, tradução nossa).

Trata-se, portanto, de instrumento útil e indispensável, com publicação em âmbito nacional, que visa tanto atender as necessidades dos profissionais de saúde quanto das mulheres que sofreram violência, almejando ofertar a estas, assistência uniforme e equânime em todos os hospitais e serviços de saúde, de modo a garantir a não violação de seus direitos e uma possível *revitimização*<sup>37</sup>.

Assim como na Espanha, no Brasil, a implantação de um serviço de atendimento a vítimas de violência respalda-se, também, em legislação específica (que contempla portarias interministeriais, quando se trata de questões que envolvem mais de um ministério, por exemplo, políticas públicas para as mulheres, justiça e saúde), bem como Normas Técnicas relacionadas exclusivamente à saúde ou à segurança pública, dentre outras, sendo todas essas normas de responsabilidade do Governo Federal.

No que se refere à organização brasileira dos serviços de saúde, principalmente os hospitalares, o órgão responsável é o Ministério da Saúde que, por sua vez, operacionaliza tal procedimento, não através de um protocolo, mas sim por meio do que ele define como *Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*. Essa Norma foi editada em sua primeira versão no ano de 1999, e é periodicamente atualizada, possuindo, em teoria, um efeito vinculante aos serviços de atendimento, bem como às condutas realizadas pelos profissionais em relação às vítimas.

Importante destacar que a referida norma brasileira, de 1999, é anterior à *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres*, publicada em 2003, assim como a própria legislação espanhola, que data de 2004. Trata-se, pois, de uma norma imprescindível no país, haja vista a atuação mais contundente do Ministério da Saúde à época, e que por interesses políticos acrescidos ao contexto nacional de violência sexual contra mulheres, vivenciados ao longo da década de 90, exigiu uma ação mais enérgica por parte do Estado brasileiro.

Conforme já mencionado no Capítulo I deste trabalho, o Brasil era signatário de diversos tratados e acordos internacionais que repudiavam a violência contra mulher e, desde 1984, o Plano de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) já atuava frente a essa causa, porém com pouca regulamentação técnica.

---

<sup>37</sup>Fala-se em revitimização quando se pensa que, ao sofrer violência sexual, a mulher já foi vitimizada, e o que se pretende é buscar um serviço público, seja de saúde, policial ou de outra natureza, em órgãos que não a revitimizem com um atendimento precário, que a constanja e a desestimule a denunciar o agressor e/ou garantir o direito a uma vida digna e sem violência.

Assim, a Norma Técnica do Ministério da Saúde, publicada em 1999, pretendia atender a esses anseios e acabou por contribuir para a elaboração da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher, lançada em 2003. A versão mais atual da Norma Técnica é de 2014 e um dos seus princípios norteadores visa “expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual”. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9).

Tal norma encontra-se amparada e converge em premissas básicas do SUS, conforme disposto na Lei nº. 8080/1990, que se baseia no princípio constitucional do direito universal à saúde, prestada de forma integral, gratuita e sem distinções, com igualdade de assistência para todos. Nessa perspectiva, a Norma estabelece como garantia “o atendimento a pessoas que sofreram violência sexual, independente de sexo, idade, orientação sexual ou identidade de gênero, e representa parte das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos à saúde decorrentes deste tipo de violência”. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 9).

O objetivo principal da Norma é padronizar as condutas técnicas dos serviços, com foco numa atenção sistematizada, bem como nortear e auxiliar profissionais de saúde na organização de suas atividades e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência. Pretende ainda garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, para a manutenção de sua dignidade, na busca por um sistema de saúde pública que efetivamente seja universal, integral e equânime.



## 2.2 O Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres

O *Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres* surgiu no ano de 2001, impulsionado pela Prefeitura de Barcelona, em parceria com o Consórcio Sanitário de Barcelona, em face da necessidade proeminente de um trabalho conjunto, que possibilitasse assistir melhor às vítimas de violência, sobretudo as mulheres e seus filhos.

O Consórcio Sanitário de Barcelona consiste numa associação de diversos setores e seguimentos relacionados à área da saúde, num esforço conjunto de promover uma assistência sistematizada em toda a região. De acordo com uma das referências técnicas do Consórcio,

*uniram-se os quatro maiores hospitais públicos de Barcelona, aos hospitais menores, muitos deles privados, e ainda os centros responsáveis pela atenção primária, de modo a delimitar uma mesma linha de estratégia de assistência, protocolos, cuja proposta era de que a atenção dispensada ao paciente fosse a mesma independente do local do atendimento. (E5,2015, tradução nossa).*

Dessa forma, foi criado um cartão sanitário (em espanhol, *tarjeta sanitaria*), que equivale, no Brasil, ao cartão do Sistema Único de Saúde (SUS); com ele o cidadão pode procurar qualquer um dos serviços e receber assistência padronizada, referenciada por protocolos que são elaborados em conjunto, por uma equipe multidisciplinar. Foi dentro desse contexto de assistência à saúde, num modelo sistematizado, e atentos às demandas relacionadas à violência contra mulheres, que foi criado o Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres.

Os esclarecimentos acerca da criação desse Circuito foram estabelecidos por meio de um *Protocolo de Avaliação de Risco de Violência Contra a Mulher por Parceiro Íntimo ou Ex-parceiro* (RVD-BCN)<sup>38</sup>, cuja versão final foi publicada em 2012, por meio de uma comissão formada com apoio da prefeitura de Barcelona. Essa comissão contempla integrantes de áreas que lidam diretamente com a violência contra mulheres, tais como o curso de psicologia da Universidade de Barcelona, o Departamento de Polícia, o Serviço de Medidas de Penas Alternativas, a área de saúde básica, as casas de acolhida, a equipe de

---

<sup>38</sup>Risco de Violência Mulher – Barcelona é o nome pelo qual esse Protocolo é conhecido e denominado entre os diversos setores que auxiliaram na sua construção e lidam com ele direta ou indiretamente.

consultoria penal de Barcelona, o Departamento de Justiça, o Serviço de urgência em saúde, o Programa de saúde sexual e reprodutiva da mulher, dentre outros.

A intenção é promover a coordenação e cooperação entre as diferentes instituições envolvidas, com a erradicação da violência machista em Barcelona, como condição necessária para poder oferecer uma atenção de qualidade às mulheres que estão vivendo uma situação de violência, juntamente com seus filhos e filhas, considerando inclusive a dimensão preventiva dessa violência. (RVD-BCN, 2012, p. 4-5).

Importante destacar o pioneirismo da cidade de Barcelona em criar esse Circuito, já que ele antecede à própria legislação do país, que data de 2004. Todavia, com a elaboração desta pesquisa, foi possível inferir que a iniciativa governamental de Barcelona não pode ser atribuída exclusivamente à *benevolência* estatal, preocupada com a assistência a essas vítimas, tão somente. Trata-se, pois, de iniciativa que atende aos anseios sociais e à realidade posta, principalmente vivenciada pelos profissionais das diversas áreas, que já atendiam essas vítimas, independente de qualquer legislação, seja em âmbito federal, regional ou municipal.

Essa ideia pode ser confirmada pela fala de uma das entrevistadas responsáveis pelo Consórcio Sanitário, que participou da criação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres e da elaboração do RVD-BCN:

*a grande Barcelona é uma região extensa, e tínhamos diversos hospitais, alguns maiores, públicos, e outros menores, muitos privados. Cada um possuía um modelo próprio de atendimento; cada hospital tratava a questão da violência de uma maneira diferente. Havia diversidade de agentes de serviço, de informação, nada era unificado. Após algumas reuniões decidimos nos juntar à Prefeitura de Barcelona, que era quem tinha detinha recursos econômicos, principalmente, para iniciar uma mudança nas ações e assim surgiu a ideia de criar um Circuito que pudesse oferecer uma assistência mais integralizada, com uma abordagem integral multidisciplinar, intersetorial e interprofissional para resolver o problema. Na sequência, à medida que fomos nos encontrando, estabelecemos as diretrizes e disso iniciamos o Protocolo, um documento que oficializava o Circuito. A experiência foi tão exitosa que tem servido de modelo para outras comunidades autônomas da Espanha. Em 2004 veio a Lei Orgânica, para toda a Espanha, mas nosso movimento foi tão intenso que em 2008, ainda com o apoio popular e do governo, conseguimos aprovar a Lei 05/2008, uma lei catalã que amplia a visão de violência de gênero para o conceito de violência machista. (E5, 2015, tradução nossa)*

O RVD-BCN é, portanto, um instrumento normativo que, além de ter sido elaborado de forma integrada e multidisciplinar, “foi distribuído amplamente a todos os serviços envolvidos com a assistência à mulher vítima de violência, servindo de ferramenta capaz de

auxiliar os profissionais a compreenderem os riscos que a violência é capaz de produzir na vida de uma mulher e seus familiares” (RVD-BCN, 2012, p. 4, tradução nossa).

Enquanto instrumento útil, pela primeira vez no estado Espanhol, foi elaborado um documento envolvendo a participação e o consenso de várias agências de serviços, com objetivo não apenas de ampliar os instrumentos de ação de que dispunham, mas, sobretudo, garantir aos profissionais envolvidos a possibilidade de aprimorarem seus conhecimentos e, de forma integrada, cuidarem da saúde física e mental da mulher que sofre violência, bem como das medidas penais que cabem ao agressor.

Nesse sentido, o RVD-BCN conclui o procedimento de validação científica referente à criação de protocolos anteriores que, de forma mais setorizada, foram sendo elaborados desde 2010 por diversas agências e profissionais, contemplando agora um “efetivo trabalho em rede, em âmbitos distintos, sendo então capaz de atuar de forma mais eficiente em situações concretas de violência contra mulheres, prezando pela qualidade no atendimento dos envolvidos (mulheres e filhos principalmente) e potencializando estratégias de prevenção” (RVD-BCN, p. 4-5, tradução nossa).

Dessa forma, pode-se dizer que o Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres consiste na materialização das ações propostas por esse Protocolo, na medida em que se propõe a estabelecer e a impulsionar o trabalho em rede de diferentes serviços públicos envolvidos, para proporcionar uma atenção integrada, eficaz e de qualidade a mulheres em situação de violência, bem como a seus filhos e filhas.

O Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres estabelece ainda como objetivos:

a promoção de ações preventivas de não violência, com atuação efetiva e propostas proativas que evitem a perpetuação das causas e manifestações de violência; evitar a vitimização secundária por meio de mecanismos de coordenação entre os diferentes serviços, facilitando aos profissionais uma formação específica sobre a violência machista, que permita melhorar o modelo de intervenção integral e, por fim, avançar e inovar a partir das análises e da reflexão sobre os processos e práticas que estão se desenvolvendo no âmbito da atenção e prevenção, para melhorar os modelos de intervenção, adequando os serviços aos novos cenários e implantando novas perspectivas de trabalho para melhorar esse processo de intervenção. (RVD-BCN, p. 11, tradução nossa).

De acordo com RVD-BCN (2012), o que se verificou na prática é que a legislação em si não seria cumprida, nem tampouco efetiva, se as agências e serviços públicos que lidam diretamente com essa violência, bem como seus profissionais, não fossem capacitados e

dispusessem de condições operacionais para que, de forma integrada, pudessem lidar, no seu cotidiano, com tal questão. Isso porque, observou-se que, apesar de a legislação contemplar todo o país e, portanto, toda a região da Catalunha, cada serviço utilizava um instrumento próprio de valoração da violência, que só era validado internamente, não sendo válido para outras instituições.

Em razão disso, percebeu-se que existia um alto nível de subjetividade dos profissionais para conceituar, discutir e tratar o tema da violência, principalmente contra as mulheres, pois estes não eram capazes de identificar claramente fatores de risco ou estabelecer níveis de valoração de risco (baixo, médio, alto), ficando a cargo de cada profissional, subjetivamente, essa interpretação (RVD-BCN, 2012).

Observou-se também que esses instrumentos de valoração dos serviços não previam reavaliações periódicas das situações vividas, nem tampouco os instrumentos utilizados eram capazes de distinguir os casos mais singulares, sobretudo aqueles em que o grau de vulnerabilidade da mulher era maior.

Diante desse diagnóstico de atuação fragmentada restou, portanto, atuar para a criação do *Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres* como proposta de efetivar o cumprimento da legislação espanhola. Dessa maneira, poder-se-ia garantir a essas mulheres e filhos em situação de violência condições adequadas de assistência e, concomitante a esse processo, uma caracterização do agressor.

Como é possível perceber, o RVD-BCN abrange a mulher em situação de violência em sua totalidade, ou seja, contempla os diversos tipos de violência, podendo ser ela física, sexual, psicológica, doméstica, dentre outras.

A criação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres demonstra que a transformação social, na práxis, decorre empiricamente de necessidades sociais que, na medida em que vão surgindo e se tornam evidentes, carecem da organização de diversas esferas, as quais incluem autoridades e profissionais que lidam diariamente com a demanda das próprias vítimas, dos familiares e de outros que são afetados por essa realidade de violência, compondo a sociedade civil; dos movimentos sociais com interesses coletivos e, não menos importante, do Estado, que regulamenta as demandas, institucionalizando e promovendo, de forma vinculada, por meio da legislação, o cumprimento efetivo dos direitos almejados.

### 2.3 A Rede de Atenção à Violência no Brasil

No Brasil, a denominação para esse conjunto de órgãos e entidades que prestam assistência concatenada às mulheres que sofreram violência, sobretudo a sexual, denomina-se não como Circuito, mas sim como Rede de Atenção à Violência. Entretanto, a maneira como suas definições e orientações estão expressas, difere-se da Espanha.

A expressão Rede foi utilizada pela primeira vez, na primeira edição da Norma Técnica, publicada em 1999, sendo mantida nas versões posteriores, enquanto um de seus objetivos principais “expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual”. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.9).

A Norma Técnica faz menção ainda à *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual* que se baseia na organização dos serviços de saúde e nos níveis de complexidade e especialidade da atenção para a prevenção e o tratamento de agravos. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p.15).

Assim também, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres, de 2003 destaca um capítulo inteiro para falar da importância da formação e atuação de uma Rede que perpassa diversas áreas tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outras.

O conceito de Rede de atendimento refere-se à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais e a comunidade, visando a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção. A constituição da Rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema. (POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO A VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES, 2003, p. 29).

Sua necessidade é justificada em razão da existência de uma rota crítica (expressão usada tanto pela OMS, quanto para Organização Pan-Americana da Saúde) em que a mulher em situação de violência percorre, ao ser vítima de uma violência sexual. Essa rota possui diversas portas de entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da

assistência social), que devem trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência qualificada, integral e não-revitimizante à mulher em situação de violência.

Em Montes Claros, no cotidiano de trabalho das diferentes instituições que atendem às mulheres foi possível identificar, a partir das entrevistas realizadas para esta pesquisa, que a denominação *rede* é utilizada amplamente para definir o envolvimento de diversas entidades que são responsáveis por essa assistência.

A exemplo, na entrevista com a psicóloga do HUCF, ela relata que “*após o primeiro atendimento aqui no hospital, encaminhamos essa vítima para dar continuidade à assistência psicológica, seja em Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no NAVCV*<sup>39</sup>. Por isso é tão importante o funcionamento da Rede”. (E10, 2015)

A Coordenadora do NAVCV e também psicóloga menciona: “*aqui atendemos a demanda espontânea, mas a maioria dos casos vem da Rede, seja da polícia, da Delegacia da Mulher e nos casos de vítima de violência sexual nossa maior parte, cerca de 90% vem por vocês, lá do HU*”. (E11, 2015)

Verifica-se, que embora a terminologia Rede utilizada desde 1999 na primeira edição, seja por ventura, capaz de indicar e sintetizar a existência de um sistema mais amplo de assistência contínua as vítimas, ela nem sempre é mencionada na legislação com a sua devida relevância, como se verifica na Espanha.

È o que se observa, por exemplo, na legislação mais atual sobre o tema da violência ao se referir aos serviços de atenção às pessoas em situação de violência sexual, a exemplo das Portarias de nº. 485/2014 e 288/2015 que em seu preâmbulo pontuam respectivamente: “redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” e “estabelece orientações para a organização e integração do atendimento as vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios”. Em nenhum deles, a expressão Rede aparece de forma expressa no preâmbulo.

Entretanto, no corpo do texto das referidas portarias, faz-se menção à expressão rede, porém sem defini-la conceitualmente, conforme foi feito no Protocolo Espanhol. Nota-se que

---

<sup>39</sup>O NAVCV consiste numa política pública de natureza estatal, sendo uma entidade de natureza mista (público/privada), que pertence ao Estado de Minas Gerais, estando vinculada a Secretaria de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania (SEDPAC), porém a execução do Programa se concretiza por meio de uma OSCIP (organização da sociedade civil de interesses o público), que possui natureza privada. Em Montes Claros, funciona desde 2006, e foi implantada em decorrência das altas taxas de criminalidade registradas na região e principalmente em Montes Claros, após estudos realizados pela Secretarias de Defesa Social e Segurança Pública de Minas Gerais.

na Espanha, o uso do termo Circuito foi contextualizado teleologicamente, validado cientificamente, e demonstrava os objetivos de evidenciar a intenção da legislação em tratar os serviços de atenção a mulheres que sofreram violência, enquanto partes integradas, concatenadas, composta por profissionais de diversas áreas.

Não obstante, a criação de um Protocolo comum, bem como de uma comissão com as representantes de diversas searas envolvidas permitiu traçar estratégias, planos de ações, eventos, reuniões e outras atividades que servem para relacionar e integrar as diversas entidades envolvidas, focando na melhoria dessa assistência por meio da identificação e análise dos pontos a serem aprimorados no Circuito. Ademais, a expressão Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres vem expressa na capa ou no título dos documentos que fazem referência a este, de modo a deixar claro que fazem parte de um mesmo contexto.

No Brasil, ao que parece, não houve essa designação com cunhos teleológicos, específicos, tal qual ocorreu na Espanha, e em especial em Barcelona. Quando a denominação rede aparece, designa que a intenção é a de estabelecer conceitualmente a existência de uma integração entre os serviços que atendem essas mulheres que sofreram violência. É o que se percebe, por exemplo, nas duas portarias mencionadas. No art. 2º. da portaria 485/2014 ao tratar “o serviço de atenção às pessoas em situação de violência sexual no âmbito do SUS integra as redes intersetoriais de enfrentamento da violência [...]”; e no §2º. do art. 4º: “[...] as unidades básicas (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS) ambulatório de especialidades e outros compõem a rede de cuidado a pessoas em situação de violência sexual [...]”.

Na Portaria 288/2015 podem ser observadas as mesmas ocorrências, no art. 3º. “[...] fortalecimento e articulação da rede de forma intersetorial e interdisciplinar entre justiça, saúde e segurança pública”; art. 5º, inciso II “fomentar a articulação e integração da rede de atendimento e de enfrentamento a violência contra mulheres”; inciso IV “contribuir com a articulação da rede de serviços de enfrentamento a violência contra mulheres e os serviços de atendimento à violência sexual”.

Entretanto, o modo pelo qual essa formação e articulação precisam ocorrer, não ficou expresso na legislação, deixando a cargo de cada estado ou município, esta organização.

Ainda que se use a terminologia Rede tanto na Norma Técnica quanto na Política Nacional, em Montes Claros, o que pode ser observado com base nas entrevistas realizadas é que a constituição e manutenção dessa Rede consistem numa iniciativa dos próprios entes, pois não há, como em Barcelona, um ente estatal que possa ser equiparado ao Consórcio Sanitário que tome a frente dessa articulação. Por essa razão, não há um Protocolo

sistematizado dessas entidades e órgãos, que seja validado cientificamente e estabeleça o modo pelo qual eles devem se organizar, com objetivos comuns, e que preze por uma assistência equânime.

Observou-se que em Montes Claros, dos serviços especializados que atendem as mulheres vítimas de violência sexual e possuem um protocolo próprio de atendimento, ou mesmo um regimento interno que direciona o modo de funcionamento, em nenhum deles a expressão ‘rede’ é mencionada, de modo a deixar claro que aquele serviço faz parte de uma rede.

Entretanto, observou-se pelas entrevistas realizadas que a maioria se auto intitula como sendo parte dessa Rede de Atenção a Mulheres que sofreram violência, e assim se definem por se tratar de instituições com objetivos comuns e pessoas relacionadas, que ao abordarem assuntos pertinentes, estabelecem campos de atuação para alcançar conjuntamente esses objetivos na conquista de resultados específicos. Mas trata-se de um conceito, que na prática parece ecoar como ‘vazio’.

Isso porque, o conceito de rede, de acordo com Amaral (2007) se refere a formas de organização e articulação baseadas na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem, negociam, trocam recursos e compartilham, em medida variável, de normas e interesses. Rede é uma articulação política, não hierárquica, entre atores iguais e/ou instituições, cujo trabalho tem como base a horizontalidade das decisões e do exercício de poder: seus componentes trabalham de forma igualitária, democrática e solidária.

A concepção de rede, conforme ressalta Oliveira (2001), se fundamenta em alguns princípios que são norteadores: reconhecimento (que o outro existe e que é importante), colaboração, associações, cooperação, autonomia, compartilhamento (de valores, objetivos e poderes), vontade, dinamismo, conectividade, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização. Assim, as redes, formadas por laços institucionais ou também por relações interpessoais, têm um papel importante na elaboração da agenda, no processo de decisão e na prática da ação pública.

Guerra (2015)<sup>40</sup>, ao definir a necessidade do trabalho em rede para amparar mulheres que sofreram violência, ressalta que redes “não ‘brotam’, pois fazem parte de um processo de construção e reconstrução, de articulação, que prescinde de vontade política, devendo haver uma maior conexão, sendo compacta, integrada, coesa e orgânica”. Ademais, esclarece por orgânica o fato de que cada um desempenha um papel importante, mas não de forma

---

<sup>40</sup> Palestra ministrada pela Prof. Claudia Guerra, no evento da II Conferência pelo fim da violência contra Mulher, realizada pela Unimontes, em 26 de novembro de 2015.



hierárquica. Há autonomia e co-participação, com poderes diluídos, sem necessariamente haver liderança. “trata-se de um sistema aberto, descentralizado e múltiplo”. (GUERRA, 2015).

Assim, pode-se dizer que em Montes Claros, verifica-se a presença de serviços que prestam de forma colaborativa, com assistência integrada às vítimas de violência sexual, num formato que busca se equiparar à concepção de Rede, sem, contudo que essa organização seja estabelecida por meio de legislação específica do município, ou mesmo com sua participação enquanto entidades e órgãos envolvidos, de forma personalizada e instituída. Elas existem e funcionam, cada qual à sua maneira e prestam diariamente a assistência que lhes cabe, por meio de sua própria normatização ou com base numa legislação Federal ou Estadual, não havendo portanto, nenhum Protocolo ou documento afim de que as identifique enquanto parte de um sistema mais complexo, ou mais amplo, tal qual é a formação e manutenção de uma Rede assistencial.

#### **2.4 Contexto de criação do Guia Assistencial de Violência Sexual do HC (GAVS) e do Protocolo Interno do HUCF**

Em Barcelona, o Hospital Clínico está vinculado à Faculdade de Medicina de Barcelona; possui o status de *hospital escola* e é universitário por receber os acadêmicos ou residentes da referida instituição, que utilizam o HC para o aprendizado prático, de forma supervisionada. Ele também é a referência em atendimentos a vítimas de violência sexual acima de 18 anos.

Interessante destacar que, em 1994, o HC assinou, em parceria com os médicos forenses (Instituto de Medicina Legal da Catalunha) e com a Polícia de Barcelona (mossos d’esquadra), o *Protocolo Básico de Atuação nos Delitos Contra a Liberdade Sexual* (PBADCLS), visando trabalhar de forma coordenada com essas entidades, com o intuito de prestarem assistência de qualidade às vítimas de violência sexual em toda a região de Barcelona. Em 2005, com a revisão do Protocolo, esse passou ser denominado *Protocolo das Agressões Sexuais*, objetivando orientar as condutas dos profissionais de saúde, no sentido de garantir às vítimas uma assistência adequada e digna, respaldada na dignidade e no respeito.

O HC criou também uma Comissão de Violência Intrafamiliar e de Gênero (CVIG), de caráter multidisciplinar, com a participação de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos que, conjuntamente, elaboraram em 2005 o Guia Assistencial de Violência Sexual do HC (GAVS-HC), com sua última versão atualizada em 2012. Esse Guia estabelece

orientações importantes para a equipe de atuação hospitalar que, mesmo mantendo as particularidades de cada atendimento, permite padronizar as condutas básicas, direcionando os profissionais e definindo competências.

O Guia também dispõe de orientações gerais, que vão desde quem deve ativar o Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres, a propostas de conduta terapêutica, orientações quanto às competências, documentação a ser preenchida, declaração judicial, coleta de amostras de material genético, necessidade de notificação à Comissão VIG e encaminhamentos necessários.

Percebe-se, desse modo, a atuação pioneira dos referidos órgãos e entidades, uma vez que iniciou esse trabalho de assistência a vítimas de violência sexual cerca de 10 anos antes de a legislação espanhola entrar em vigor, considerando que a Lei Orgânica é de 2004, e ainda quase 20 anos antes da elaboração do Protocolo Comum Para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero, com abrangência em toda a Espanha, bem como do Protocolo relacionado ao próprio Circuito de Violência (RVD- BCN) que, como dito, foi publicado em 2012.

Tal situação reforça a ideia de que a construção das políticas públicas espanholas e, sobretudo as de Barcelona, no que tange à violência contra mulheres, resulta não apenas de lutas feministas e de outros setores que buscavam melhores condições de vida e saúde para as mulheres, mas também do envolvimento de agentes públicos que, engajados com essa causa, já prestavam assistência a essas mulheres antes mesmo de possuir uma legislação específica e de cunho nacional sobre o tema.

Em Montes Claros, diferentemente da região de Barcelona, não há um Protocolo Regional e unificado que oriente o município e a região próxima na assistência prestada a vítimas de violência sexual.

No site do Governo de Minas Gerais<sup>41</sup> há algumas informações sobre o que a vítima deve fazer caso sofra algum tipo de violência, seja sexual, doméstica ou física, buscando o serviço de saúde e/ou ainda a polícia local mais próxima, mas nada em forma de Protocolo organizado. São informações espaçadas e que, embora remetam à possibilidade de localizar os serviços de referência em outros municípios do Estado, não estão cadastradas e/ou disponíveis para visualização.

---

<sup>41</sup>Disponível em: <<https://www.mg.gov.br/governomg/portal/v/governomg/31271-atendimento-medico-de-urgencia-a-mulheres-vitimas-de-violencia-sexual/0/5315?termo=violencia+sexual&termos=s>>. Acesso em: 11 dez. 2015.

Localizou-se na internet, por meio de uma busca rápida, um *Protocolo para a Atenção às Vítimas de Violência Sexual no Estado de Minas Gerais*<sup>42</sup>, publicado em 2008, de autoria da Coordenadoria Estadual DST-Aids e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, porém este não foi encontrado oficialmente no *site* do Governo de Minas.

O protocolo de Minas Gerais contextualiza a violência sexual com alguns dados estatísticos, e oferece informações sobre implantação para a Rede local de atenção a vítimas de violência sexual, dispondo de normas gerais para os serviços: contracepção de emergência, coleta de material genético, medicação, bem como a legislação vigente acerca do tema, incluindo o disposto na Norma Técnica do Ministério da Saúde.

Entretanto, trata-se de um documento praticamente não divulgado, que sequer se encontra disponível no site do próprio governo, que foi atualizado pela última vez em 2008, o que sugere pouca relevância quanto a sua elaboração, mesmo dispondo de informações tão importantes.

Em relação a Montes Claros, assim como o HC em Barcelona, o HUCF também se constitui como Hospital Universitário, vinculado a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); serve de hospital escola para graduandos e residentes em diversas áreas. Consiste no único hospital do município em funcionamento que atende sua demanda integralmente pelo Sistema Único de Saúde.

O HUCF também conta com um Protocolo Interno de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual, porém específico para atendimentos a mulheres que sofreram violência sexual, realizado na Maternidade, ou seja, não se trata de um Protocolo institucional, do Hospital, pois existe apenas na Maternidade.

Este foi criado em 2005, pela equipe de médicos, psicólogos e do pessoal administrativo, envolvidos à época, sendo revisado pela última vez em 2011. Entretanto, o Protocolo Interno do HUCF não menciona, em nenhum momento, o Protocolo do Estado de Minas, se referenciando a ele. Ele dispõe de um diagrama que elucida a trajetória da vítima até a chegada desta no local do atendimento, uma vez que vítimas de violência física são atendidas no Pronto Socorro (P. S.) e vítimas de violência sexual ou gestantes vítimas de violência física são atendidas na Maternidade. Nesse diagrama também estão demonstrados os possíveis encaminhamentos que serão feitos a essas vítimas (sendo estes melhor explicados

---

<sup>42</sup>Disponível em:

[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjV7pvEzplKAhXChZAKHdZFC4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fportalpbh.pbh.gov.br%2Fpbh%2Fecp%2Ffiles.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Datencao\\_as\\_vitimas\\_de\\_violencia\\_sexual\\_no\\_estado\\_de\\_minas\\_ge.pdf&usq=AFQjCNHgJPtq7sKC4Q8bCiV6AI-jadlspQ](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjV7pvEzplKAhXChZAKHdZFC4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fportalpbh.pbh.gov.br%2Fpbh%2Fecp%2Ffiles.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Datencao_as_vitimas_de_violencia_sexual_no_estado_de_minas_ge.pdf&usq=AFQjCNHgJPtq7sKC4Q8bCiV6AI-jadlspQ). Acesso em: 11 dez. 2015.

adiante) e contêm informações sobre o destino da Ficha de Notificação do Ministério da Saúde (FN), já que no Brasil esse documento é de preenchimento compulsório pelos profissionais da saúde que prestaram assistência à vítima.

Também dispõe de normas e rotinas do serviço que incluem o acolhimento da vítima por todos da instituição, o atendimento prioritário determinado pelo Protocolo de Manchester<sup>43</sup> e o atendimento psicológico, que é relatado como importante, mas não tem caráter de urgência, havendo um psicólogo para atender o PS e outros dois para assistir a Maternidade. O Protocolo interno dispõe sobre quem pode ter acesso às informações da vítima, já que se trata de atendimento sigiloso, especificações voltadas para o atendimento médico e da enfermagem, com ênfase na descrição detalhada de medicação antirretroviral e antibioticoterapia, contracepção para gravidez e hepatite B.

Na ausência de informações específicas do Protocolo Interno, o HUCF observa as regulamentações da Norma Técnica do Ministério da Saúde, de 2014 que, por sua vez, detalha de forma pormenorizada as orientações quanto aos serviços de saúde que são referências para a assistência a vítimas de violência sexual.

## **2.5 Serviços de Assistência hospitalar**

Em Barcelona, o serviço de assistência às vítimas de violência sexual se divide em dois hospitais: O Hospital Clínico, que cobre a área geográfica da grande Barcelona, atende mulheres adultas, maiores de 18 anos e o Hospital São João de Deus em Esplugues, cidade que faz parte da grande Barcelona, que é responsável pelo atendimento a crianças e adolescentes (menores de 18 anos).

O HC, acompanhando as premissas do Protocolo Comum Para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero da Espanha (2012), estabeleceu, por meio de seu Guia Assistencial, uma equipe de caráter multidisciplinar, designada para atender a vítimas de violência sexual. Seu funcionamento é 24 horas, todos os dias da semana e a equipe de

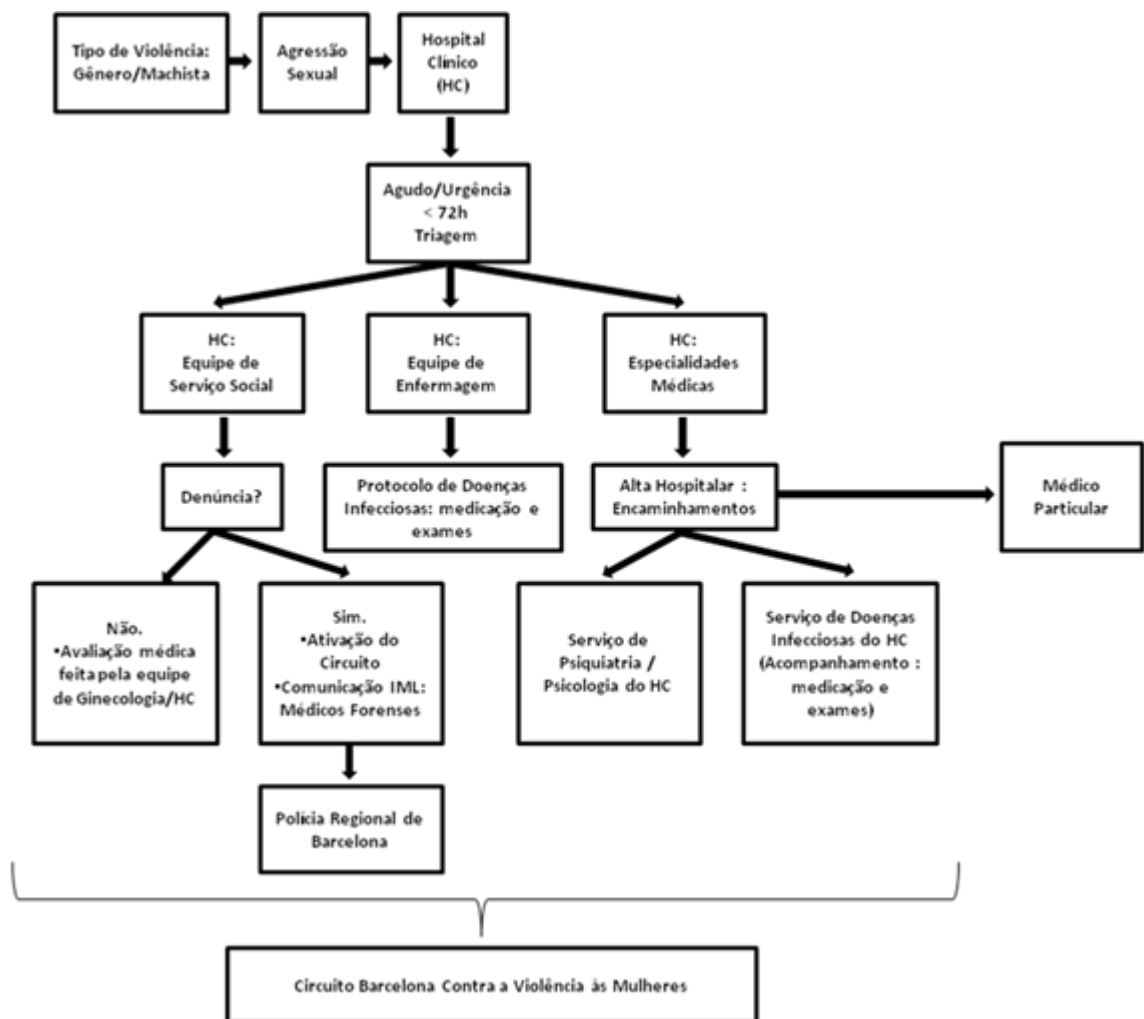
---

<sup>43</sup> Trata-se de uma classificação de risco em que é realizada a estratificação de risco dos usuários que procuram atendimento nos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais. Ao dar entrada em uma unidade de saúde, o paciente é classificado, recebendo uma prioridade que determina o tempo alvo para o primeiro atendimento médico. Essa prioridade é baseada na situação clínica apresentada e não na ordem de chegada. A Classificação é realizada com base em protocolo adotado pela instituição de saúde, normalmente representado por cores (em ordem de urgência, vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), que indicam a prioridade clínica de cada paciente. Para tanto, algumas condições e parâmetros clínicos devem ser verificados.

atendimento consiste nos profissionais que estão de plantão no momento do atendimento em que a vítima busca o serviço hospitalar.

Elaborou-se um quadro sinóptico (Quadro 4) que sintetiza o atendimento realizado no HC, sendo que este será mais bem detalhado nos tópicos seguintes.

#### Quadro 4 – Fluxo de funcionamento do HC em relação à vítima de violência sexual



Fonte: dados da pesquisa.

O Hospital São João de Deus (HSJD) é a referência, desde 1992, nos casos de abuso sexual em toda a região da Catalunha. Para obter informações sobre o atendimento a vítimas, foi realizada uma entrevista com a assistente social, que esclareceu sobre o funcionamento do serviço, a composição da equipe e a rotina de trabalho em relação aos casos de abuso sexual.

O referenciamento se concretizou sem que houvesse uma legislação específica para tal; os atendimentos foram acontecendo porque não havia, à época, outra instituição que o

fizesse. Com o passar dos anos, a equipe foi se especializando e adequando a rotina de trabalho para atender também os casos de violência contra crianças e adolescentes. Consiste numa instituição de natureza mista, ou seja, é pública, pois oferece atendimento de forma gratuita à população, mas também tem natureza privada, pois recebe doações e auxílio de entidades privadas.

Embora seja referência para esses atendimentos, o HSJD não recebe auxílio governamental regular e específico para atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. A equipe é multidisciplinar e formada por uma pediatra, duas psicólogas clínicas (uma que atende crianças de até 6 anos e a outra os demais) e uma assistente social.

Não há um Protocolo específico ou mesmo um Guia Assistencial para esses atendimentos, tal qual ocorre no HC. Os atendimentos seguem uma norma interna da instituição, e esta segue o mesmo trâmite do HC quanto à ativação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres, solicitando a presença do médico legista nos casos em que a violência ocorreu antes de 72 horas. O HSJD também dispõe de medicação profilática (antirretrovirais e antibióticos) para os casos em que há indicações clínicas a serem administradas.

Entretanto, esses atendimentos são pouco frequentes, já que a grande maioria dos casos de abuso é diagnosticada secundariamente, ou seja, a criança e/ou adolescente é atendida ou internada por outra razão e, no transcorrer da assistência é que surge a suspeita ou confirmação de violência sexual que, em geral, já ocorreu ou vem ocorrendo há tempos.

Nesses casos a equipe acompanha essa criança ou adolescente de forma sistematizada, com atendimentos periódicos, de modo que seja devidamente apurada a ocorrência do abuso que, se confirmado, é comunicado à autoridade e aos serviços de justiça e Proteção da Infância.

Observam-se também aqueles casos que, mesmo pouco frequentes, segundo relato da entrevistada, são potencialmente graves, pois há risco iminente à saúde e integridade física da criança e/ou adolescente, por isso a atuação da equipe multidisciplinar é de extrema importância.

Sobre esse assunto ela ressalta: *“nem sempre atuar com rapidez é atuar bem. Cada caso é único; é preciso um cuidado, uma atenção especial em cada um deles, para que não se incorra em nova agressão”* (E4, 2015, tradução nossa).

Os atendimentos são registrados em formulários próprios do Hospital; ao encerramento de cada um, é feito um relatório final contendo informações sobre os antecedentes do caso, uma anamnese com a transcrição das entrevistas efetuadas com a

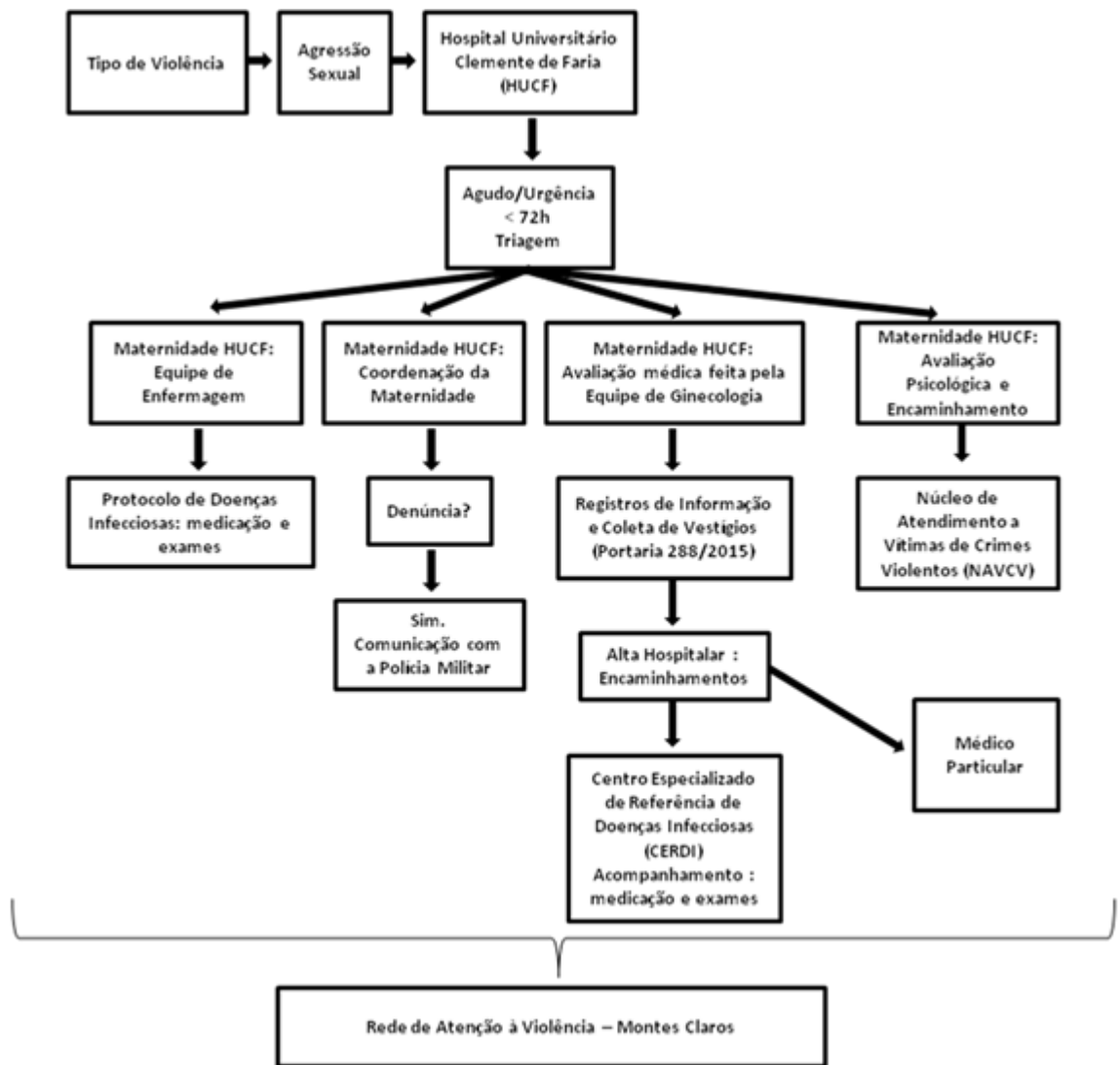
vítima, relatos de presença de exploração física, através da avaliação pediátrica, avaliação psicológica detalhada, com testes e uso de técnicas específicas capazes de interpretar o desenvolvimento da criança ou adolescente e, ao final, um parecer assinado pela equipe que conclui a assistência, confirmando ou não a suspeita de abuso sexual. Uma cópia desse relatório é entregue ao responsável pela criança ou adolescente, com esclarecimentos sobre o encerramento da assistência prestada.

No que se refere ao HUCF, conforme o Protocolo Interno de Assistência às vítimas de Violência da Maternidade Maria Barbosa (2011), o Ambulatório de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual encontra-se em funcionamento desde 2003; seus atendimentos contemplam não somente o município de Montes Claros, mas ainda toda a região do norte de Minas Gerais, que é referenciada para a Macronorte, incluindo os Vales do Mucuri e do Jequitinhonha.

O horário de funcionamento também é 24 horas, todos os dias da semana, constituindo-se referência para todos os atendimentos a vítimas de violência sexual, independente da idade, diferindo-se, portanto, de Barcelona, que possui um Hospital específico para atender crianças e adolescentes, sendo realizado por uma equipe multidisciplinar.

Aqui também foi elaborado um quadro sinóptico para melhor compreensão do leitor acerca do atendimento prestado pelo HUCF.

**Quadro 5– Fluxo de funcionamento do HUCF em relação à vítima de violência sexual**



Fonte: dados da pesquisa.

Embora não haja uma norma ou legislação que especifique a estrutura do local de atendimento a vítimas de violência sexual, o HC em Barcelona dispõe atualmente de espaço reservado para a assistência a vítimas de violência sexual, local para o qual esta é levada após passar pelo sistema de triagem no setor de Urgências. Naquele espaço, a vítima permanece durante o período em que é atendida, e serve para o acolhimento, para avaliação do médico legista/ginecologista, intervenções do assistente social, bem como da enfermagem, e ainda para a tomada de medicamentos necessários, mantendo a privacidade desse atendimento e permitindo que a vítima não fique exposta. Trata-se de ambulatório (Box) de uso exclusivo



para esse fim; mesmo não havendo atendimentos, o espaço não é utilizado para atender outro paciente.

No HUCF, o atendimento a vítimas de violência sexual ocorre na Maternidade, nos consultórios médicos comuns aos demais atendimentos de rotina. O médico ginecologista e coordenador responsável pelo serviço ressalta: “*com a chegada da vítima, um dos dois ambulatórios fica a disposição para que seja feita a avaliação médica, o atendimento da psicóloga, a medicação e coleta de exames e qualquer outra intervenção necessária*” (E17, 2015).

No Brasil, a Norma Técnica do Ministério da Saúde estabelece:

deve ser definido um local específico, preferentemente fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, no sentido de garantir a necessária privacidade dessas pessoas durante a entrevista e os exames. Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno. Por outro lado, deve-se coibir qualquer situação que provoque ou produza o constrangimento ou estigma em relação a essas mulheres, como, por exemplo, a identificação nominal do setor ou da sala destinadas ao atendimento exclusivo de vítimas de estupro. Para a avaliação clínica e ginecológica, é necessário espaço físico correspondente a um consultório médico. (NORMA TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 17-18).

Em linhas gerais, pela percepção que podemos ter durante a visita a campo, ambos atendem, dentro das suas realidades, a expectativa de oferecer à mulher vítima de violência sexual um espaço mais confortável, ainda que dentro de um ambiente hospitalar, mas que seja capaz de proporcionar privacidade e intimidade necessárias à situação vivida. Atenta-se para o fato de que, em Barcelona, no HC, mesmo sem a existência de uma norma que exija um local exclusivo para esses atendimentos, ele existe. Enquanto em que Montes Claros, embora esse local atenda às exigências da Norma Técnica, de ter um espaço fora do Pronto Socorro e da triagem, ele não é exclusivo, ou seja, consiste no mesmo espaço físico destinado a outros atendimentos (p. ex. gestantes), ainda que cada atendimento ocorra de forma individualizada, isto é, um de cada vez, tendo a vítima um caráter prioritário.

## **2.6 Chegada das vítimas ao Hospital Clínico e ao HUCF**

A vítima, ao chegar ao Hospital Clínico, é direcionada ao setor de urgências e passa por uma triagem, para ser classificada quanto à urgência de seu atendimento, através dos seus sintomas, ou seja, aqueles passíveis de serem evidenciados clínica e fisicamente, como

marcas, lesões, comprometimento das faculdades mentais, dentre outros. É possível também que existam sequelas não identificáveis, principalmente de natureza psíquica. Portanto, essa triagem será feita por um enfermeiro, com base nas evidências visíveis, bem como relato da vítima ou de alguém que a esteja acompanhando, caso esta não se encontre em condições de se manifestar. Em geral, as vítimas chegam ao serviço e urgências sozinhas ou acompanhadas por familiares, amigos ou ainda por policiais.

Em alguns casos mais graves, em que o risco é de morte ou a gravidade é maior, a vítima é encaminhada ao setor específico, podendo ser um centro cirúrgico, ou outro necessário, sempre acompanhada por um enfermeiro e por um assistente social.

O Guia Assistencial do HC (2012) destaca que essa classificação é inicial, e que nem sempre a agressão sexual é identificada no momento da triagem, já que algumas vezes a queixa da paciente diz respeito à outra questão, por exemplo, intoxicação, traumatismo, embriaguez, dentre outras. Todavia, tal situação não pode ou não deve inviabilizar a atenção dos profissionais envolvidos, proporcionando a essa vítima a garantia da segurança de sua saúde de forma integral; sendo detectada a agressão sexual, iniciam-se os cuidados para tratá-la.

Detectados sinais que indicam uma suposta agressão, esta é classificada no sistema como agressão sexual; depois a equipe do serviço social é comunicada, que a acolhe e, sendo possível o deslocamento, a acompanha até a sala reservada (box), destinada exclusivamente a esses atendimentos.

No Hospital Clínico, a equipe do serviço social conversa com a vítima sobre os fatos apurando e se esta pretende ou não denunciar o agressor. Em casos afirmativos que, de acordo com fala dos entrevistados, correspondem a mais de 85% dos atendimentos, é acionado o Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres e também a presença do médico legista do IML da Catalunha, que se desloca ao HC para colher o material genético da vítima e de seu agressor. Esse procedimento relacionado ao IML inclui o fator tempo, haja vista que em geral os casos de urgência são considerados apenas quando a vítima procura o serviço de saúde antes de decorrer 72 horas do ato sexual, ou passado este período se ela se mostra em dúvida quanto a denunciar ou não a agressão, já que, como no Brasil, essa não é uma obrigatoriedade para mulheres acima de 18 anos.

De acordo com o Guia Assistencial (2012), a coleta de vestígios é sempre acompanhada pelo médico ginecologista de plantão, que realiza a anamnese com intuito de contribuir com o trabalho do médico legista.

Além de comunicar ao IML, cabe ao serviço social assegurar ações coordenadas com outros membros da equipe que se fizerem necessários para o atendimento, oferecer suporte à vítima, facilitando as informações necessárias, e garantir a confidencialidade e segurança das informações e dos dados, a realização dos encaminhamentos necessários que podem incluir Serviço de Orientação Jurídica da Escola de Advogados de Barcelona; Oficinas de atenção a vítimas de delitos; Centros de Assistência Social de Atenção Primária; dentre outras entidades e organizações que fazem parte do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres e prestam algum tipo de assistência a essas vítimas, seja no âmbito privado, ou público/privado, a exemplo das casas de apoio, casas de acolhida dentre outras.

Em casos que a vítima deseja denunciar, também cabe ao serviço social o contato com a polícia, nos casos em que esta ainda não tenha sido acionada, solicitando a presença deles no HC para colher as primeiras declarações, o que no Brasil corresponderia ao depoimento pessoal.

Quanto ao HUCF, a vítima também passa por um sistema de triagem (Protocolo de Manchester), conforme já mencionado neste capítulo, devendo ser classificada como urgência para receber assistência em caráter prioritário. É direcionada para a Maternidade, a fim de que possa receber atendimento, geralmente feito pelo médico e pelo psicólogo, que é, quando possível, feito conjuntamente, para que a vítima não precise repetir a história mais de uma vez, de forma a não revitimizá-la.

Esse acolhimento é imprescindível, uma vez que a mulher chega fragilizada, podendo estar sozinha ou acompanhada de familiares, amigos ou policiais. Este pode e deve ser feito por todos os profissionais da instituição pelos quais ela passa, desde a portaria até a recepção do ambulatório. Nesse sentido, “o acolhimento é elemento importante para a qualidade e humanização da atenção”.(NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 21).

Por acolher entenda-se o conjunto de medidas, posturas e atitudes dos(as) profissionais de saúde que garantam credibilidade e consideração à situação de violência. A humanização dos serviços demanda um ambiente acolhedor e de respeito à diversidade, livres de quaisquer julgamentos morais. Isso pressupõe receber e escutar as mulheres e os adolescentes, com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. (NORMA TÉCNICA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 21).

Conforme se identificou nas entrevistas, não há atuação da equipe de serviço social quando da chegada da vítima ao HUCF. Esta é atendida pela equipe de recepção e encaminhada à Maternidade, onde seu atendimento será realizado.

No Brasil, assim como em Barcelona, não há obrigatoriedade de denunciar o agressor, para os casos em que a vítima é maior de 18 anos, desde que não seja considerada vulnerável.<sup>44</sup> Entretanto, embora não haja um questionamento exposto por parte da equipe acerca da intenção de denunciar ou não o agressor, sempre que há incidência de vestígios, é realizada uma coleta pelo médico ginecologista do plantão, e a vítima assina um termo de consentimento para que isso ocorra.

Na sequência, conforme mencionado ocorrem a assistência psicológica e os encaminhamentos devidos e necessários, de acordo com cada atendimento. Para os casos em que a vítima ainda não tenha comunicado os fatos com a polícia local, caso esta deseje, o acionamento pode ser feito pelo próprio hospital, através da equipe da Coordenação da Maternidade ou ela é encaminhada à Delegacia da Mulher para que se proceda aos trâmites legais.

## **2.7 Equipe hospitalar de assistência à vítima**

O HC dispõe de uma equipe multidisciplinar, composta por médicos ginecologistas para as mulheres violentadas, cirurgiões – para os casos em que seja necessária uma intervenção mais invasiva –, assistente social, enfermeiros, médico forense (nos casos de denúncia por parte da vítima), psiquiatra e infectologista, e outros especialistas envolvidos com a vítima no que se refere a lesões. Esses profissionais trabalham num sistema de plantão, funcionando 24 horas, todos os dias da semana. As competências de cada equipe, no que se refere ao atendimento da vítima, estão claramente descritas no Guia Assistencial do HC, sendo definidas em conjunto, pela Comissão Interna do HC (CVIG).

Quanto à equipe do HUCF, ela é multidisciplinar, sendo composta por médicos ginecologistas-obstetras que atendem as mulheres e os homens, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistente social, sociólogo e equipe administrativa.

---

<sup>44</sup>A vulnerabilidade aqui é compreendida sob a ótica jurídica, do direito penal. Está estabelecida no Art. 217-A, do dispositivo e refere-se a: Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos. § 1º Incorre na mesma pena quem pratica as ações descritas no caput com alguém que, por enfermidade ou deficiência mental, não tem o necessário discernimento para a prática do ato, ou que, por qualquer outra causa, não pode oferecer resistência. Nesses casos a comunicação com o Conselho Tutelar em caso de menor de 14 anos, com a autoridade competente (em Montes Claros há a Delegacia da Mulher) nas demais situações e ainda com o Conselho do Idoso. A comunicação nesses casos é compulsória, realizada pela equipe da Coordenação da Maternidade, conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – lei 8069/1990, o decreto lei 5.099/2004, e o artigo 19 da Lei 10.741/2003 (estatuto do Idoso).

### 2.7.1 Atuação da equipe multidisciplinar do HC

Com a chegada das mulheres ao setor de Urgência e Emergência do HC, é feita a comunicação à equipe de serviço social; na sequência a equipe de enfermagem fica responsável pela coordenação dos cuidados em relação a elas. Esse atendimento inclui procedimentos assistenciais, solicitação de preenchimento do consentimento livre e informado para coleta de provas pelo médico legista, coleta de amostras de urina e sangue para detecção de possível intoxicação, identificação das amostras coletadas pelo médico legista, administração de medicamentos, profilaxia, antirretrovirais, antibióticos, dentre outros. Também é valorado o estado psíquico da paciente e, posteriormente, realizada a comunicação a outros médicos da equipe, como o médico ginecologista, o infectologista, o psiquiatra ou outra especialidade. Caso a vítima opte pela denúncia, existe um acompanhamento, em caso de interrogatório policial dentro da unidade hospitalar e, posteriormente, liberação para alta após orientações que incluem o oferecimento de uma cartilha<sup>45</sup> com informações úteis sobre agressão sexual (GUIA ASSISTENCIAL, 2012, p. 19, Tradução nossa).

Sobre a medicação administrada, uma parte é tomada no HC e o restante a vítima leva para casa para dar continuidade ao tratamento. O esquema profilático varia de acordo com o nível de exposição da vítima, que alterna entre alto, intermediário e baixo.

Nos 15% dos atendimentos em que a vítima não deseja denunciar o agressor, ou já se passaram mais de 72 horas da violência sofrida e não há dúvidas por parte desta quanto à intenção de não denunciar, a avaliação é feita apenas pelo médico ginecologista. A esse incumbe a análise da parte clínica, exames físicos, em busca de lesões, avaliando inclusive a possibilidade de intoxicação por álcool ou drogas ilícitas, pedido de exames laboratoriais, fotografias, se necessário, e com consentimento da vítima, bem como uma anamnese completa, que inclui a história pregressa da paciente, data da última menstruação, da última relação sexual, possíveis doenças familiares, hábitos sociais, como fumar ou beber, tratamentos psiquiátricos, ou seja, informações completas que podem auxiliar na conduta do tratamento daquela agressão, haja vista a impossibilidade de coleta de material genético.

O Guia Assistencial (2012) ressalta ainda que tais questionamentos também cabem ao cirurgião, caso essa vítima precise, por alguma seqüela da agressão, ser submetida a um procedimento cirúrgico.

---

<sup>45</sup>Guia de autoajuda para mulheres vítimas de agressão sexual recente, criado pela CVIG e distribuído gratuitamente no momento da alta.

Após o atendimento da vítima, a equipe de infectologia é comunicada para que possa ser feito o acompanhamento da vítima em relação à medicação administrada e aos resultados de exames de sangue e urina realizados.

Esse monitoramento é acompanhado enquanto parte dos indicadores de qualidade do HC, de modo que a vítima precisa retornar ao hospital para ser reavaliada. De acordo com a médica infectologista responsável, são cerca de cinco consultas, e os exames são repetidos três e seis meses após o primeiro atendimento. O agendamento é feito pelo telefone e comunicado à vítima com antecedência, para que esta possa comparecer.

A análise psiquiátrica também é importante em casos de vítimas de agressão sexual e por isso o Guia Assistencial (2012) estabelece a necessidade desse profissional como membro da equipe assistencial. Segundo consta,

a maior parte delas, independente de qual seja a natureza da agressão sexual ou da intensidade do estresse, apresentam algum transtorno de estresse agudo e, em boa parte dos casos (cerca de 50%), evoluem posteriormente para um transtorno por estresse pós-traumático (agudo ou crônico) (GUIA ASSISTENCIAL, 2012, p. 27).

A equipe faz a intervenção, quando solicitada, no momento em que a vítima é atendida no HC, tratando-se de um atendimento pontual, em que se busca identificar sintomas clínicos decorrentes de distúrbios de ansiedade, amnésia dissociativa, recorrência da vivência traumática, sendo evitados estímulos que a associem a essa experiência e ideias de desesperança e suicidas. Caso necessário, são prescritas medicações para auxiliarem no tratamento desses distúrbios.

A avaliação psiquiátrica dispõe, dentro do Guia Assistencial, de um roteiro específico para auxiliar os profissionais na abordagem, não apenas com a vítima, mas também com seus familiares.

O Guia destaca a importância de o profissional psiquiátrico ser empático com a vítima e familiares para que possam sentir-se confiantes em contar a história, sem julgamentos ou juízos de valor, fornecendo informações claras e precisas. Ressalta ainda a necessidade de lidar com sentimentos ambivalentes que, por vezes, venham a existir, como culpa e vergonha pela violência sofrida, motivo pelo qual o apoio familiar se torna imprescindível.

Por fim, a vítima é encaminhada para dar continuidade à assistência psiquiátrica e iniciar o tratamento psicológico junto ao Programa de Prevenção e Tratamento das Sequelas

Psíquicas em Mulheres Vítimas de Agressão Sexual (TEPT-AGRESX), oferecido pelo próprio hospital, por meio do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Clínica.

No Guia Assistencial (2012) constam ainda informações sobre o Protocolo de Toxicologia, estabelecido pelo Instituto de Medicina legal da Catalunha, que se refere ao uso de substâncias ilícitas, como drogas e afins, e de bebida alcoólica. Nesse caso, a paciente é analisada de forma criteriosa, por meio de um exame detalhado, que envolve avaliação clínica (nível de consciência, alucinações, dentre outros) e laboratorial, considerando também o fator tempo, já que estes são recomendados em casos cuja agressão ocorreu preferencialmente em até 72h. Em geral, são colhidas amostras de urina e sangue, procedimento que deve ser feito o quanto antes, para evitar que se percam vestígios importantes quanto ao uso dessas substâncias.

O Guia Assistencial (2012) destaca como uma de suas diretrizes que, embora seja imprescindível a atuação de diversos segmentos e profissionais, esta precisa ser conjunta e, sobretudo coordenada, “para assegurar a necessária atenção a todos os problemas derivados de uma agressão: médico, cirúrgico, psicológico, social e legal”. (GUIA ASSISTENCIAL, 2012, p. 28, tradução nossa).

### **2.7.2 Atuação da equipe multidisciplinar do HUCF**

A Norma Técnica estabelece ser desejável que o atendimento às vítimas seja realizado por uma equipe multidisciplinar, haja vista as múltiplas dimensões do ser humano que a violência atinge. Entretanto, a referida Norma leva em consideração as diversas realidades dos serviços de saúde que fazem esses atendimentos e por isso estabelece:

O ideal é que o atendimento seja prestado por equipe interdisciplinar e a composição de seus membros pode variar conforme a disponibilidade maior ou menor de recursos humanos nas unidades de saúde. É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às mulheres e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências de gênero. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades. (NORMA TÉCNICA MINISTERIO DA SAÚDE, 2011, p. 19)

Em geral, os atendimentos a vítimas de violência sexual demandam como prioridade a avaliação médica, para identificação de possíveis lesões aparentes, coleta de vestígios e prescrição de medicação de modo que, mesmo se configurando uma violência sexual, seja necessária a internação da vítima, tratando-se, portanto, de um atendimento de âmbito ambulatorial. Em alguns atendimentos, entretanto, há incidência de lesões expostas, ou em decorrência da violência sexual houve laceração das partes genitais, o que enseja um procedimento cirúrgico de reconstituição do órgão genital e/ou anal, o que configura aquelas situações em que a agressão foi extrema, demandando assim um período mínimo de internação.

Em regra, a primeira avaliação é feita pelo psicólogo, numa abordagem acerca das circunstâncias em que ocorreu a violência, dos envolvidos, da história pregressa da vítima e de outros aspectos relacionados ao evento. Em seguida, o médico ginecologista realiza o exame clínico da vítima, para aferir possíveis lesões, e preenche a anamnese feita em formulários próprios, via sistema interno. Também cabe ao médico a obrigação de preencher a Ficha de Notificação (FN), de natureza obrigatória, fornecida pelo Ministério da Saúde. Nessa ficha estão disponíveis informações pessoais da vítima, circunstâncias da violência sofrida, dados sobre o agressor, dentre outros. Trata-se de um documento cujo preenchimento é obrigatório, atendendo aos requisitos da Lei nº. 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra mulher.

Cabe esclarecer que notificar não significa denunciar. A Ficha de Notificação é um documento restrito à área da saúde; depois de preenchida, é encaminhada pelo HUCF ao serviço de Vigilância Epidemiológica e, posteriormente, à Secretaria Municipal de Saúde para que seus dados sejam lançados no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível via *website*.

Sobre esse aspecto, compete destacar que, em Barcelona, não há um documento que equivalha à Ficha de Notificação (FN), tal qual existe no Brasil. Os formulários preenchidos no HC são de uso próprio do hospital, havendo um específico apenas para os casos em que a vítima deseja denunciar. Caso isso não ocorra, não há obrigatoriedade de preencher compulsoriamente qualquer documento cuja destinação seja algum órgão do governo, em nível local ou mesmo regional.

No Brasil, o SINAN tem alcance nacional e é monitorado pelo Ministério da Saúde, que mantém essas informações disponíveis aos órgãos competentes, para subsidiar políticas públicas relacionadas à violência e ações governamentais que visem promover melhores



condições de vida e saúde a vítimas de violência sexual, sobretudo mulheres, as quais compõem a maioria dos casos.

De acordo com o *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constitui-se objetivo do SINAN “o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal.” (IBGE, 2015)<sup>46</sup>

Ao médico cabe também a função de prescrever a medicação à vítima, inclusive com os medicamentos profiláticos necessários para evitar a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, bem como a gravidez. Essa medicação é fornecida gratuitamente pelo Ministério da Saúde aos hospitais de referência, na forma de “kit” que contém os antibióticos e a profilaxia necessária, de acordo com cada caso, uma vez que há variação nas dosagens para crianças, adultas e gestantes. Convém mencionar que, em relação à profilaxia, esta somente tem sua eficácia comprovada se administrada em até no máximo 72 horas após o contato sexual.

Ainda no que diz respeito a essa medicação, toda ela é requisitada também em formulário próprio, que é encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde, a fim de se fazer a prestação de contas e a reposição dos “kits” utilizados.

Um aspecto importante a ser destacado faz referência à coleta de vestígios e material genético no HUCF. O município de Montes Claros, diferentemente de Barcelona, não conta com uma parceria junto ao Instituto Médico Legal (IML) para que seja solicitada a presença do médico legista para atender a vítimas de violência no HU. Em geral, quando é necessária a avaliação por um médico legista, a vítima é encaminhada ao IML.

Em entrevista ao Coordenador da Maternidade do HU, Dr. Laércio (E 17), responsável também pelo ambulatório de atendimento às vítimas, soubemos que teve início em novembro de 2015 o funcionamento da Cadeia de Custódia, em atendimento à Portaria interministerial 288/15 do governo Federal.

A Portaria, em seu preâmbulo, “estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à humanização do atendimento e ao registro de informações e coleta de vestígios”. (Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 288/15)

---

<sup>46</sup>Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>. Acesso em: 15 dez. 2015.

Tal determinação prevê que a coleta de vestígios seja feita num ambiente humanizado pelos órgãos e profissionais de perícia médico-legal (Art. 6º, Inciso IV). Assim, como opção para cumprir tal determinação, o HUCF realizou uma capacitação com a equipe de médicos ginecologistas, através de uma médica legista e ginecologista de Belo Horizonte, que trouxe os kits de coleta de material, orientando a equipe como a coleta deveria ser feita, de forma a manter a integridade e a segurança das informações registradas e das análises colhidas. O kit, após coletado, é enviado para o IML de Belo Horizonte, onde a equipe já devidamente preparada fará o laudo pericial indireto, com base nas informações prestadas pelos médicos do HUCF.

De forma pioneira, o HUCF iniciou recentemente o serviço de coleta de vestígios, evitando que as vítimas tenham que se deslocar ao IML, passando a garantir o que está determinado na Portaria 288/15, ou seja, a “prestação de um atendimento humanizado às vítimas de violência no âmbito do SUS” (art. 7º, Inciso I). (Brasil, Ministério da Saúde, Portaria 288/15)

No HUCF, o atendimento relacionado a questões sociais e psicológicas é denominado psicossocial, pois além da psicóloga há também uma socióloga. As atribuições desta última profissional não se encontram detalhadas no Protocolo Interno, embora seu trabalho tenha sido mencionado em algumas entrevistas.

Quanto à psicologia, de acordo com o Protocolo Interno do HUCF, não existe o serviço de urgência; o trabalho é realizado num sistema de escala, no horário matutino e noturno. Logo, caso a vítima chegue num horário em que o profissional psicólogo não se encontre, esta deverá ser orientada a retornar para que seja realizada a assistência psicológica. Nos casos em que a profissional está disponível, ela realiza o acolhimento, e o atendimento, quando possível, em conjunto com o médico. Não sendo possível, faz a escuta da vítima e familiares a depender de cada caso, conforme estabelecido enquanto rotina estabelecida do Protocolo Interno de atendimento às vítimas de violência sexual do HUCF, conforme se lê:

escutar as vítimas e seus familiares, informar seus direitos, estimulando a denúncia ao agressor, informar sobre os órgãos e instituições que asseguram o direito da vítima, notificar compulsoriamente o Conselho Tutelar e/ou a Vara da Infância e Juventude quando se tratar de vítimas crianças ou adolescentes, relacionar organizadamente todos os papéis das vítimas de violência, com registro no caderno próprio para facilitar a busca caso necessário. (PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO INTERNO HUCF, 2011, p. 3).

Também cabe à psicóloga, de acordo com o Protocolo Interno, “realizar o encaminhamento dessas vítimas para os centros de saúde próximos ao local onde residem, para que possam dar continuidade ao tratamento psicológico” (PROTOCOLO INTERNO HUCF, 2011, p. 3)

O Protocolo Interno ressalta que cabe à equipe de enfermagem, além de acolher a vítima, administrar a medicação prescrita pelo médico e comunicar ao laboratório a necessidade de coleta de exames. Embora o Protocolo faça referência à equipe multidisciplinar, não há especificações nem qualquer menção ao profissional da assistência social em relação aos atendimentos prestados por esses para as vítimas, mesmo existindo no HUCF uma equipe de assistência social formada por três profissionais que atuam em sistema de escala.

O HUCF não dispõe de um serviço de infectologistas à disposição dos atendimentos de violência sexual, conforme se verificou em Barcelona. Para sanar essa lacuna, haja vista que a vítima precisa ser acompanhada conforme dispõe a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012), em casos de reação adversa ao medicamento ou mesmo intoxicação medicamentosa, é preciso uma reavaliação da paciente, com vistas a verificar o esquema profilático proposto, na tentativa de minimizar os danos sofridos.

Assim sendo, O HUCF firmou uma parceria com o Centro de Referência Doenças Infecciosas (CERDI), e encaminha todas as vítimas que fazem uso de medicação antirretroviral. O CERDI faz parte da Secretaria Municipal de Saúde e, portanto, está vinculado à Prefeitura de Montes Claros.

A consulta é marcada pela equipe da Coordenação da Maternidade, e comunicada à vítima. No CERDI são realizados novos exames para detecção de alguma possível doença sexualmente transmissível, bem como acompanhamento da medicação profilática e antirretroviral. Esse acompanhamento se faz em três consultas clínicas, sendo a primeira enquanto a vítima ainda está tomando a medicação; a segunda após um mês e meio da violência e a última após três meses.

Também dispõe de equipe multidisciplinar, que conta com profissionais da psicologia e assistência social, e caso a vítima ainda não esteja sendo acompanhada em algum centro de referência, poderá optar por fazer esse acompanhamento sistematizado.

## **2.8 Atuação da Polícia de Barcelona e da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher em Montes Claros**

Conforme já mencionado, os hospitais de referência compõem uma das unidades tanto do Circuito de Barcelona quanto da Rede de Atenção, em Montes Claros. Todavia, o que se pode perceber no transcorrer desta pesquisa é que a Polícia também possui um papel singular no contexto de assistência a vítimas de violência, sobretudo a sexual.

Isso porque, em geral, a autoridade policial é umas das primeiras e importantes entidades a ser procurada por vítimas de violência. Logo, após passar por um enorme constrangimento e agressão, a assistência da Polícia para esses atendimentos deve ser diferenciada, com uma equipe preparada para lidar com tais questões, dadas as suas peculiaridades e fragilidades.

Caso essa assistência não seja feita de forma sensibilizada, existem grandes chances de essa vítima ser desencorajada a continuar o caminho árduo que precisará enfrentar, como o atendimento hospitalar e as medidas judiciais cabíveis contra o agressor.

Em Barcelona não há uma Delegacia Especializada para esses atendimentos. A Polícia que os realiza é a mesma que atende a outras demandas da cidade, qual seja, a Polícia Regional de Barcelona. Entretanto, há uma Unidade específica que fica responsável por receber essas vítimas, colher seu depoimento, informar os trâmites legais, orientar quanto aos seus direitos e deveres e encaminhar aos demais órgãos necessários.

Essa unidade localiza-se inclusive no mesmo prédio da polícia local, porém num andar separado, sendo os depoimentos colhidos numa sala própria, com aspecto mais acolhedor possível. Os profissionais que lidam com essas vítimas também são específicos para atender essa demanda e possuem uma capacitação diferenciada, sendo preferencialmente mulheres. Em entrevista, a capitã responsável diz: *“damos preferência para que as mulheres vítimas sejam atendidas por outras mulheres, mas nem sempre isso é suficiente, vai muito da empatia entre a vítima e a pessoa que a atende (...)”* (E7, 2015, tradução nossa).

A Polícia Regional de Barcelona está inserida no contexto do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres, participando ativamente da elaboração do Protocolo, bem como das ações destinadas à erradicação da violência machista, inclusive com confecção e distribuição de cartilhas educativas, campanhas com a população e uma atuação sistematizada e organizada, para garantir a integridade física das mulheres que são agredidas sexualmente.

Em Montes Claros, o município conta, desde 2013, com uma Delegacia Especializada da Mulher (DEAM) responsável pelos atendimentos que envolvem a Lei Maria da Penha (lei nº. 11.340/2006), contemplando os casos de violência doméstica e violência sexual.

Com apenas uma delegada para atender a toda demanda do município, zona rural e região, a DEAM funciona em horário comercial, e conta com uma equipe multidisciplinar, que inclui os agentes policiais e psicólogos para auxiliarem no primeiro atendimento. Sobre o atendimento psicológico, a delegada responsável ressalta: *“esse atendimento psicológico não é sistematizado, porque não daríamos conta da demanda. Para continuar, encaminhamos a vítima para alguma faculdade que dispõe de profissionais para um atendimento continuado ou mesmo para o NAVCV.”*(E12, 2015).

Os agentes participaram de uma capacitação específica antes da inauguração da DEAM; depois não houve outras que servissem de atualização, embora a delegada responsável afirme: *“sempre que a Rede promove alguma capacitação ou evento específico, sendo possível enviamos uma investigadora para participar”*(E12, 2015).

A DEAM é responsável principalmente pela exigência e cumprimento de medidas protetivas que visem retirar o agressor do ambiente doméstico, evitando a reincidência da violência. A unidade está subordinada ao Comando da Polícia Civil de Minas Gerais e, por se tratar de uma polícia investigativa, geralmente não atua de forma ostensiva, ou seja, em casos de violência sexual, a polícia geralmente a ser procurada primeiro é a Polícia Militar.

## **2.9 Seguimento psicológico posterior à violência**

De acordo com o Protocolo Comum para a Atuação de Saúde em Casos de Violência de Gênero da Espanha, corroborado pelo Guia Assistencial do HC, tão importante quanto o atendimento médico prestado imediatamente após a agressão é o seguimento do tratamento psicológico, haja vista o trauma sofrido em decorrência de uma violência sexual. Assim, em Barcelona, no HC, há uma equipe de psiquiatras e psicólogos responsáveis por esse atendimento, o qual faz parte do Programa de Prevenção e Tratamento das Sequelas Psíquicas em Mulheres Vítimas de Agressão Sexual (TEPT-AGRESX), oferecido pelo próprio hospital, por meio do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Clínica.

Cerca de 48 horas após o atendimento hospitalar, a equipe entra em contato com a vítima, informando a ela sobre a possibilidade desse acompanhamento e caso ela deseje, marcando uma primeira sessão. Trata-se, portanto, de uma busca ativa dessas vítimas e, de acordo com uma das psicólogas responsáveis, *“em cerca de 60% dos contatos as vítimas*

*retornam para iniciar o tratamento psicoterapêutico. A maioria que não vem é porque reside em outros países e eram estrangeiras, tendo sido abusadas em sua passagem por Barcelona, enquanto turistas”* (E9, 2015, tradução nossa).

O acompanhamento é sistêmico, realizado numa unidade próxima ao HC, mas não dentro do próprio hospital. O tempo de duração do tratamento, de acordo com a psicóloga, depende muito de cada vítima, e de suas condições psíquicas para enfrentar a situação da violência, *“mas pode chegar até dois anos, se necessário”* (E9, 2015).

No Brasil, a Norma Técnica do Ministério da Saúde (2012) estabelece a necessidade e a importância do acompanhamento terapêutico nos casos de violência sexual. Dessa forma, como a equipe de profissionais do HUUCF realiza apenas um primeiro atendimento, no dia do fato ou próximo a ele, e não dispõe de um serviço estruturado de psicólogos para dar continuidade a esses acompanhamentos, são realizados encaminhamentos para o Núcleo de Atendimento às Vítimas de Crimes Violentos (NAVCV). Como proposta, o NAVCV busca trabalhar a ressignificação e superação da violência sofrida, com uma metodologia que realiza atendimentos individuais e de grupo, com vítimas e familiares de pessoas que viveram a experiência de sofrer crimes violentos.

Há uma equipe multidisciplinar composta por advogado, psicólogo e assistente social, que realizam um trabalho de acompanhamento das vítimas e familiares, numa perspectiva sistematizada, cuja duração varia de acordo com a demanda.

### **CAPÍTULO III**

#### **O ESCRITO, O DITO E O FEITO: OS PROFISSIONAIS FALAM SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES**

Em linhas gerais foi apresentado no capítulo anterior o modo de organização dos serviços que atendem mulheres vítimas de violência tanto em Barcelona, na Espanha, quanto em Montes Claros, no Brasil. Procurou-se de forma breve mostrar ao leitor o contexto de criação desses serviços.

Neste capítulo, procuraremos estabelecer, por meio das entrevistas realizadas, a existência ou não de uma relação entre o que se encontra estabelecido nos Protocolos, legislações, dentre outros, e como os profissionais das equipes multidisciplinares analisam os diferentes serviços a partir do seu cotidiano de trabalho.

##### **3.1 Questões conceituais que buscam definir os diferentes tipos de violência contra mulheres**

Quando iniciamos as entrevistas em Barcelona, com os profissionais envolvidos as questões conceituais no tocante as expressões violência de gênero, machista, contra mulheres, doméstica foram surgindo em diversas falas, e chamou-nos atenção que mesmo havendo interpretações diferentes, todos tinham a preocupação em definir os conceitos, para poder nos explicar dentro do seu ambiente de trabalho, qual a sua participação no contexto do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres.

Em Montes Claros, a perspectiva conceitual mostrou-se também importante, entretanto pelo motivo inverso. A maioria dos entrevistados não foi capaz de expor com clareza acerca desses conceitos, alguns por desconhecimento ou ainda por entenderem que tal questão não influenciava no trato com as vítimas.

Assim, a questão conceitual extrapolou a simples análise teórica e passou a ser uma categoria, uma unidade comparativa, que nos serviu de base para outras explicações, tanto em relação ao contexto espanhol quanto ao brasileiro.

Embora saibamos que o fenômeno da violência é recorrente em ambos os sexos, os dados e estudos já mencionados nesse trabalho indicam que ele atinge as mulheres em números infinitamente maiores do que aos homens, sobretudo quando analisamos o sexo dos autores das agressões.

Um estudo realizado em Portugal, pelo Observatório Nacional de Violência de Gênero, em 2007, através de um Inquérito Nacional realizado no país, por meio de entrevistas, constatou que das mulheres que afirmavam ter sofrido algum tipo de violência, em mais de 70% dos casos, os agressores eram homens. E essa realidade não se restringe apenas a Portugal. Segundo Lisboa (2009), “se nos centramos só nos tipos de violência utilizados habitualmente a nível internacional (física, psicológica e sexual), a predominância da autoria dos homens na violência contra as mulheres continua a ser marcante (74,7%). (LISBOA, 2009, p. 43)

Em Barcelona, os dados também corroboram essa mesma perspectiva. De acordo com o responsável pelo serviço Social, que atua no atendimento às vítimas de violência sexual, “cerca de 95% dos atendimentos do HC são de vítimas mulheres. (E8, 2015, tradução nossa) A responsável pela enfermagem acrescenta ainda a esse dados: “(...) e em 56% dos casos elas estão drogadas”. Ela ressalta ainda um novo fenômeno de violência que vem ocorrendo com frequência: “temos visto algo novo que preocupa e com o qual ainda não sabemos bem como lidar. Como sabe, Barcelona é muito turística e temos recebido casos de abusos em grupo e estupros coletivos, motivados por divertimento (dos agressores) ou por vingança, em casos de brigas de bandos” (E6, 2015, tradução nossa).

Um dado interessante acerca de Barcelona, relatado pelo assistente social do HC, também merece destaque: “em quase 60% dos atendimentos, as mulheres são estrangeiras, turistas, estão de passagem pela cidade. Por isso a dificuldade em acompanhar o tratamento, porque elas geralmente o fazem no próprio país, quando retornam ... (pausa) ou não fazem, não sabemos”. (E8, 2015, tradução nossa)

A realidade dos dados apresentados anteriormente retrata um dos eixos principais da nossa pesquisa: a discussão acerca dos diversos conceitos utilizados para definir a violência praticada contra mulheres. São muitas expressões... Fala-se em violência de gênero, violência contra mulheres (*violencia masclista*), violência sexual, violência doméstica... São expressões comuns aos dois países. Na região da Catalunha, utiliza-se ainda a expressão violência machista. Entretanto, essas inúmeras definições nem sempre são compreendidas pelos profissionais que as utilizam e tampouco pelos que atendem as mulheres violentadas.

Percebemos que, na Espanha, a partir das entrevistas realizadas em Barcelona, essa questão conceitual é sempre evidenciada, porque tanto a legislação espanhola (01/2004), de abrangência nacional, quanto a específica da Catalunha (05/2008,) trata conceitualmente essas definições, o que acaba por publicizar seu conteúdo não apenas para os profissionais, mas também para a população.



Os demais documentos analisados, como Protocolos, Guias Assistenciais, Enunciados, enfim, uma diversidade de documentos disponíveis para consulta tanto por meio físico, quanto por meio eletrônico, procura conceituar a violência contra a mulher trazendo, inclusive, informações acerca de possíveis avaliações de risco para ela, com vistas a facilitar a identificação de algumas situações em que a violência possa estar ocorrendo sem que a vítima tenha se dado conta. Entretanto, ainda assim, ao conversarmos com os entrevistados observamos que, quando mencionados os conceitos, eles se confundem, se misturam, ou ainda são utilizados dentro de um contexto exclusivo com o qual lidam diariamente, em decorrência de sua atividade laborativa.

Passamos a evidenciar um exemplo sobre o que foi afirmado no parágrafo anterior. A Lei Orgânica espanhola, de 01/2004, instituiu enquanto foco as medidas de Proteção contra a Violência de Gênero, definindo que a Violência de gênero “consiste em todo ato de violência física e psicológica, que incluem as agressões à liberdade sexual, as ameaças e as coações ou privações arbitrárias de liberdade” (ESPANHA, Lei 01/2004, art. 1º. §3).

Contudo, em 2008, a região da Catalunha, motivada pelo contexto histórico de violência que vinha sendo percebido principalmente pelos profissionais que lidavam diretamente com as vítimas, e no ensejo do funcionamento do Circuito Barcelona, se deu conta de que a concepção de ‘violência de gênero’ não era suficiente para contemplar todas as esferas, todos os tipos de violência que poderiam ser exercidos contra as mulheres.

Dessa forma, num trabalho conjunto entre os profissionais do Consórcio Sanitário, do Circuito Barcelona e de outros órgãos estatais relacionados, foi promulgada a Lei 05/2008, e a concepção de violência passa a ser discutida sob o âmbito da violência machista, em detrimento do termo violência de gênero.

Durante a entrevista realizada com a capitã da Polícia Regional de Barcelona, ela definiu de forma *bem categórica* os diversos tipos de violência. Segundo ela, pela visão do Código Penal Espanhol, instrumento com o qual lida diariamente, a violência de gênero na Espanha consiste em: “*qualquer agressão realizada pelo homem contra mulher, mas no contexto de vida comum, de casal, independente de terem uma coabitação. Inclui qualquer agressão entre marido e mulher, noivos, na qual o homem é o autor da violência*” (E7, 2015, tradução e grifos nossos).

Essa definição se parece muito com o conceito de violência doméstica, adotado no Brasil pela Lei nº. 11.340/06, denominada *Lei Maria da Penha*, uma vez que esta apresenta os seguintes aspectos:

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: I – no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; II – no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; III – em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual (BRASIL, Lei nº 11.340/06)<sup>47</sup>.

Entretanto, observamos que em certa medida a definição da policial não condiz com a proposta da Lei 01/2004, pois a restringe à relação de casal, em vida comum, mesmo que sem coabitação.

Na sequência da entrevista, ela define no que consiste a violência doméstica:

*A violência doméstica considera o mesmo contexto, mas quando a mulher agride o homem. Também se consideram os casos em que a violência ocorre dentro do âmbito doméstico, mas se concretiza entre irmãos, pais e filhos, a exemplo de um pai que abusa de sua filha. Ou seja, é qualquer agressão ocorrida no ambiente familiar. Incluem ainda aqueles filhos cujos pais são separados e compartilham a guarda, e ainda os casos de violência entre cuidadores e os que são cuidados (embora poucas pessoas tenham conhecimento que esse tipo de violência também é tratada como doméstica mesmo nos casos em que ocorre em centros de cuidados de natureza pública ou privada) (E7, 2015, tradução e grifos nossos).*

Ao verificar a lei acerca da violência doméstica na Espanha (Lei 27/2003, de 31 de julho, reguladora da Ordem de Proteção das vítimas de violência doméstica), encontramos a

---

<sup>47</sup>Lei 11.340/06. Conhecida como Lei Maria da Penha, ganhou este nome em homenagem a Maria da Penha Maia Fernandes que, por vinte anos, lutou para ver seu agressor preso. Maria da Penha é biofarmacêutica cearense, e foi casada com o professor universitário Marco Antonio Herredia Viveros. Em 1983 ela sofreu a primeira tentativa de assassinato, quando levou um tiro nas costas enquanto dormia. Desta primeira tentativa, Maria da Penha saiu paraplégica. A segunda tentativa de homicídio aconteceu meses depois, quando Viveros empurrou Maria da Penha da cadeira de rodas e tentou eletrocutá-la no chuveiro. Apesar de a investigação ter começado em junho do mesmo ano, o primeiro julgamento só aconteceu 8 anos após os crimes. Só em 1996 ele foi julgado culpado e condenado a dez anos de reclusão, mas conseguiu recorrer. Mesmo após 15 anos de luta e pressões internacionais, a justiça brasileira ainda não havia dado decisão ao caso, nem justificativa para a demora. Com a ajuda de ONG's, Maria da Penha conseguiu enviar o caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA) que, pela primeira vez, acatou uma denúncia de violência doméstica. O agressor só foi preso em 2002, para cumprir apenas dois anos de prisão. O processo da OEA também condenou o Brasil por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Uma das punições foi a recomendação para que fosse criada uma legislação adequada a esse tipo de violência. Um conjunto de entidades então se reuniu para definir um anti-projeto de lei definindo formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres e estabelecendo mecanismos para prevenir e reduzir esse tipo de violência, como também prestar assistência às vítimas. Em 2006 a lei finalmente entra em vigor, fazendo com que a violência contra a mulher deixe de ser tratada como um crime de menos potencial ofensivo. A lei também acaba com as penas pagas em cestas básicas ou multas, englobando, além da violência física e sexual, também a violência psicológica, a violência patrimonial e o assédio moral. Disponível em: <[http://www.observe.ufba.br/lei\\_mariadapenha](http://www.observe.ufba.br/lei_mariadapenha)>. Acesso em: 01 fev. 2015.

informação de que esta é exercida num ambiente doméstico, ou entorno familiar, e na perspectiva da violência de gênero, se constitui enquanto um grave problema social, que exige uma resposta global e coordenada por parte de todos os entes públicos.

Não identificamos no corpo do dispositivo legal qualquer menção que se referisse a esse contexto no qual a violência doméstica se configura enquanto aquela praticada pela mulher contra o homem, no âmbito familiar. E se a referida Lei menciona a expressão violência de gênero enquanto um de seus fundamentos, tal argumento nos parece ainda mais incompatível. Ademais, no artigo 153 do Código Penal Espanhol, a menção a situações de violência doméstica expressam textualmente amulherou companheira, não deixando indícios do que mencionou a capitã acerca do conceito.

Por fim, a capitã define: “*Já a **violência masculista**<sup>48</sup>, esta não está no Código Penal. Para defini-la, se recorre à lei **Catalana 05/2008**, que é a nível assistencial. Consiste em **qualquer agressão de homem contra uma mulher pelo simples fato de ela ser mulher**. Aquilo que dissemos, são relações de **abusos de poder**”.* (E7, 2015, tradução e grifos nossos).

Ora, a definição nos parece plenamente compatível com a definição de violência de gênero, já definida por uma lei espanhola, de abrangência nacional. Mas o que justifica a criação de uma nova lei, em nível regional (Catalunha), que traz em seu conteúdo uma definição muito próxima da lei anterior?

Ao questionarmos acerca da criação da lei 05/2008, a funcionária do Consórcio Sanitário esclareceu que, “*para a região da Catalunha, os mecanismos de erradicação da violência, sob o prisma da concepção de violência machista, é mais ampla do que a expressão gênero, proposta pela Lei 01/2004. A concepção de violência machista, por exemplo, inclui as mutilações genitais, e outras que a concepção de violência de gênero não inclui*”.

 (E5, 2015, tradução nossa).

Acerca da aplicação da Lei catalã, a capitã tenta elucidar:

*De forma ilustrativa, podemos dizer que a violência machista (masculista) engloba a violência de gênero e a violência doméstica. Aqueles casos em que um homem agride sua esposa é violência de gênero, mas também é machista (masculista), pois trata-se de um homem que agride uma mulher. Os casos de violência sexual por parte de desconhecido também são definidos por violência masculista. Nesses, não é gênero porque não estão dentro de uma relação afetiva, não há relação entre eles. Um bom exemplo são os casos em que um chefe abusa sexualmente de sua funcionária. Não é gênero, não é doméstica, é apenas masculista.* (E7, 2015, tradução nossa).

<sup>48</sup> Segundo ela relata, masculista seria a expressão em catalão para a definição de machista. Entretanto, ao buscarmos uma tradução para a expressão masculista, em português, corresponderia ao termo ‘contra mulheres’. Logo, a expressão violência masculista poderia ser traduzida por violência contra mulheres. Contudo, na explicação da capitã a expressão masculista é sinônima de machista (citada na Lei 05/2008).

Os esclarecimentos dentro do contexto compreendido pela capitã se apresentam como compatíveis; entretanto, sob a ótica das definições de violência de gênero, utilizadas como base para a elaboração da lei espanhola 01/2004, essa definição se mostra, em certa medida contraditória. Como poderíamos dizer que uma relação de abuso sexual entre um desconhecido e uma mulher não se configura enquanto violência de gênero, numa relação de poder dele sobre o corpo dela? Como posso afirmar não haver violência de gênero quando um chefe faz uso de poder que tem para abusar sexualmente de sua funcionária? Por fim, a capitã pontua: *“a conduta policial para a violência de gênero ou doméstica é a mesma, mas para a primeira as penas são maiores porque leva-se em conta o fato de haver abuso de poder e desigualdade de condições.”* (E7, 2015, tradução nossa).

Assim também entende o responsável pelo IML, ao comentar sobre os conceitos: *no âmbito da saúde, o tratamento para violência de gênero e sexual ocorre da mesma forma, indistintamente. Entretanto, a violência de gênero se compreende numa relação de casal ou companheiro.* (E3, 2015, tradução nossa).

Diante de diferentes informações em relação aos conceitos, questionamos com a capitã se na opinião dela essas definições são claras para todos os profissionais que lidam com as vítimas, ao que ela afirma:

*Sim, pois está no código penal, e este é um regulamento em nível estatal, de toda a Espanha. O que se passa é que em certos âmbitos não estão claros, mas em nível policial, judicial é claro. Inclusive quando fazemos o trabalho de prevenção, esses conceitos sempre são informados para que outras pessoas possam ter acesso também. Mas é preciso dizer que se confundem, inclusive os meios de comunicação muitas vezes falam de violência de gênero quando não é, falam de violência doméstica quando não é, ou falam ainda de violência machista quando não é*(E7, 2015, tradução nossa).

A fala dela nos incita a realizar algumas reflexões. Primeiro, que essa clareza de entendimentos, sob essa ótica específica, é restrita, em certa medida, apenas ao âmbito policial ou judicial, pois é corroborada também pelo responsável do IML. Nos importantes trabalhos de prevenção realizados pela Polícia, essa é a definição reportada à população. Portanto, ao se portarem enquanto multiplicadores dessa informação e garantidores da segurança e da defesa das mulheres, essas são as definições que prevalecerão para aqueles cujo nível de conhecimento não detenha características questionadoras. Por fim, os próprios meios de comunicação são reprodutores de um conceito que não é claro ou que, no mínimo, é

passível de uma multiplicidade de interpretações, o que nos faz pensar em que medida eles são responsáveis por essa *confusão* conceitual que atinge não apenas a população de forma geral, mas inclui os próprios profissionais.

Acompanhando nossa tentativa em busca de questões conceituais um pouco mais definidas, o médico responsável pelo HC buscou, em uma de suas últimas falas conosco, esclarecer essas questões. Eis as palavras dele:

*deixe-me esclarecer um assunto questionado em suas entrevistas. Para nós da saúde o tratamento em relação à mulher que sofreu abuso sexual tem um mesmo enfoque se pensamos na moléstia, aguda, que precisa ser tratada, e independe de ser violência de gênero. Mas a forma de abordar é diferente, as perguntas, o modo de fazê-la expressar é diferente, e isso está discriminado em nossos diversos protocolos clínicos. Temos um Guia específico para violência sexual e outro diferente para violência de gênero e intrafamiliar. Os casos de violência sexual, em sua maioria os agressores são desconhecidos, é preciso ativar o Circuito. Nos casos de violência de gênero, geralmente as agressões são recorrentes e ocorrem no âmbito familiar, por (ex)maridos e (ex)companheiros. Precisa de uma abordagem diferente porque algumas vezes as vítimas não são capazes de reconhecer que estão sofrendo violência, pois se configuram enquanto maus-tratos, que ocorrem no dia-a-dia. (E1, 2015, tradução nossa).*

No Brasil, as entrevistas com os profissionais que lidam diretamente com mulheres violentadas indicaram uma situação bem diferente daquela encontrada em Barcelona. Com exceção da delegada responsável pela Delegacia Especializada da Mulher (DEAM), que lida diretamente com a concepção de violência doméstica, todos os demais, ao serem questionados sobre as diferenças conceituais acerca de violência doméstica, violência contra mulheres e violência de gênero, afirmaram não ter definições claras acerca dos conceitos. Para muitos deles, violência de gênero, contra mulheres e, em alguns casos, até mesmo a violência doméstica ‘é tudo uma coisa só’ ou então ‘sei que há diferenças, mas não sou capaz de assim, agora, dizê-las pra você’. (E 13; E11; E14, 2015)

A delegada da DEAM, em Montes Claros, definiu assim: *aqui atendemos casos de violência doméstica, elencados pela Lei Maria da Penha, em que a vítima é a mulher. Trata-se de violência de gênero, mas nem toda violência de gênero é doméstica.* (E12, 2015). Percebemos que a definição em que os profissionais em Montes Claros conseguiam ter um melhor discernimento consistia no conceito de violência doméstica (algumas vezes por sua nomenclatura ser auto-explicativa) ou pela divulgação mais ampla, já que a Lei Maria da Penha é sempre comentada em noticiários, campanhas educativas, etc.

As diferentes percepções acerca da definição de violência engendram ações inicialmente pontuais na rotina de cada profissional que lida com mulheres violentadas, seja na hora de atendê-las num ambiente hospitalar, seja no momento de receber a denúncia, seja quando da coleta do depoimento na unidade policial ou mesmo para a classificação da violência sofrida na instauração de um processo judicial. Ademais, a concepção conceitual demonstrou relação direta com as teorias sobre desenvolvimento, mulher/gênero e violência, discutidas nesta pesquisa no Capítulo I, cujas características principais consistem em transformar e ser transformada pela própria realidade. Numa análise conjuntural, observamos, por exemplo, na Espanha, uma lei que primeiro definiu a concepção de violência de gênero, mesmo que por vezes essa expressão fosse alvo de críticas por parte de alguns especialistas no assunto. Na região da Catalunha, despertou a necessidade de promulgação de uma nova Lei, que almejava tornar operacional, ou mais operacional, as ações integradas na assistência por essa vítima, em todos os seus aspectos.

Isso nos fez perceber que, no Brasil, os conceitos sobre violência não são claros para a maioria dos profissionais que lida com as vítimas, mas há uma exceção, quando analisamos a Lei Maria da Penha, que define violência doméstica e seus alcances jurídicos e sociais.

Essa socialização do conceito de violência doméstica constituído legalmente em nosso país, com repercussão midiática inclusive, indica talvez uma das razões pelas quais essa modalidade de violência é a mais conhecida não apenas entre os profissionais, mas também pela população. Ainda sobre essa questão da mídia, observou-se pela fala da capitã que, em Barcelona, ela talvez exerça um papel inverso, pois ao tentar divulgar os conceitos acaba por confundi-los, o que em parte justifica essa diversidade de compreensões e entendimentos.

Enfim, a categoria conceitual, para o presente trabalho, demonstrou sua importância, não apenas sob o ponto de vista teórico, mas também prático enquanto reflexo das concepções de mundo, que variam desde interesses políticos, normativos, sociais, jurídicos orientando ideologias e sendo direcionadora das diversas dimensões a que a violência contra mulheres perpassa.

### **3.2 A legislação de cada país com foco para as questões relacionadas às garantias e direitos das mulheres vítimas de violência sexual**

Uma das unidades comparativas relevantes para este trabalho foi a tentativa de buscar análises comparativas das legislações, tanto no Brasil quanto na Espanha, relacionadas à

violência contra mulheres e, sobretudo, como os profissionais que trabalham diretamente com este aspecto analisam e vivenciam tais políticas em seu cotidiano.

O contexto de criação da Lei 01/2004 (Lei Orgânica) se originou, de acordo com o médico responsável pelo HC, na proeminente necessidade de intervenção estatal acerca de um assunto com o qual diversos setores já estavam empenhados em trabalhar: a violência contra mulheres. Houve um fato, segundo ele, entretanto, que desencadeou a necessidade de medidas mais enérgicas, em que uma mulher de 60 anos foi morta, queimada viva por seu marido, depois de ter denunciado na televisão que os abusos ocorriam há mais de 40 anos. A revolta da população e as lutas dos movimentos de mulheres da Catalunha ensejaram uma reflexão e um processo de conscientização social acerca da magnitude do fenômeno da violência de gênero, inicialmente sobre aqueles casos em que o espaço da casa era o cenário dos atos mais cruéis. Cobrava-se das autoridades sobre quantas mais mulheres precisariam morrer pelas mãos de seus (ex)maridos e (ex)companheiros para que algo de concreto fosse feito. Nesse ensejo é que, no ano de 2004, a Lei 01/2004 (Lei Integral contra a Violência de Gênero) foi promulgada por unanimidade.

Entretanto, para a equipe que trabalhava com as mulheres vítimas de violência na Catalunha, essa lei de 2004 não era completa. Embora se tratasse de uma legislação em nível nacional, com a promoção de alterações inclusive acerca da tutela penal, era preciso algo que melhor operacionalizasse os mecanismos de proteção destinados a essas vítimas, fornecendo subsídios de ordem prática para que novas ações fossem realizadas.

Sobre esse assunto, uma das funcionárias coordenadoras do Consórcio Sanitário ressalta:

*a proposta do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres era de uma abordagem integral, que fosse intersetorial e interprofissional quanto à assistência prestada às vítimas de violência. Entendíamos a proposta da lei 01/2004, mas para nós faltavam-lhe os mecanismos de como operacionalizar esse processo. Com a Lei 05/2008 foram estabelecidos os protocolos de intervenção coordenados, instrumentos fundamentais de atuação dos profissionais para conseguir essa abordagem ampla. (E5, 2015, tradução nossa).*

No mesmo sentido, o médico coordenador e responsável pelo serviço de atendimento às vítimas de violência do HC comenta: *a lei de 2004 foi um marco, mas foi a lei 05/2008 que impulsionou inclusive o funcionamento do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres pois instituiu a criação de diversas comissões, envolvendo áreas da saúde, polícia, justiça, dentre outras, para trabalhar de forma integrada em toda região*". (E1, 2015,

tradução nossa). Entretanto, num processo de reflexão crítica em relação à aplicabilidade da Lei 05/2008, identificamos nas falas alguns aspectos que merecem destaque, pois demonstram os pontos de fragilidade e contradição da legislação vigente.

Sobre tal aspecto, a responsável pelo Consórcio Sanitário salienta:

*mesmo que a Lei 05/2008 tenha trazido avanços significativos em termos de abrangência, de conceitos, na prática, em termos legais, avançamos muito pouco, porque em termos jurídicos o que continua valendo é a aplicação do conceito de violência de gênero. O Código Penal, mesmo esse novo, não faz qualquer menção à violência machista, então o que muda é mais assistencial”. Ela ironiza: “Ampliaram a visão com uma lei que fala de violência machista, mas que em nível judicial, isso não existe (porque o que existe é gênero). **Aqui sempre vamos apanhar.** (E5, 2015, tradução e grifos nossos).*

O comentário da entrevistada corrobora principalmente a fala da capitã, retratando o que, empiricamente, foi mencionado no item anterior, em relação aos conceitos de violência, sobretudo quando da prevalência daquele com foco na área judicial. Dessa forma, ainda que se tenha uma lei, cujo alcance pretenda ampliar a interpretação dos tipos de violência cometidos contra mulheres, em termos judiciais eles perduram, até porque a Lei da Catalunha para definir a violência machista/masclista é restrita a essa comunidade autônoma, não tendo validade jurídica sobre as demais. Significa dizer que, na prática, a lei 05/2008 não obteve os alcances esperados, uma vez que os julgadores e operadores do Direito ainda permanecem arraigados à forte influência da Lei 01/2004.

Nas entrevistas, a Lei de 2008 foi mencionada por ter proporcionado uma transformação das políticas públicas da Catalunha ao instituir mecanismos mais concretos de conceituação, operacionalização e punição dos supostos agressores, sugerindo que a lei de 2004, embora tida enquanto marco histórico, ainda não tinha possibilitado aos profissionais que lidam rotineiramente com o tema, a constituição desses mecanismos. Ainda sob a análise crítica, agora sobre o enfoque da redução de gastos, a médica chefe do serviço de Infectologia do HC nos informa:

*mesmo com a lei da Catalunha, 05/2008, fomos afetados pela crise do mesmo ano, e houve uma redução do orçamento em relação à saúde de forma geral, que acabou por afetar o atendimento das mulheres vítimas. Só para exemplificar, nos casos em que a vítima de abuso sexual tenha alguma intolerância à medicação antirretroviral, e necessite de um medicamento mais específico, diferente do convencional, e geralmente mais caro, precisamos justificar o seu uso junto ao Ministério da Saúde. Entretanto, casos assim ocorrem com pouca frequência. (E2, 2015, tradução nossa).*



A responsável pelo Consórcio Barcelona também mencionou a crise vivida em uma de suas falas: *“é preciso dizer que o sistema atual tem sido afetado pela crise. Como podem ver, para que esse trabalho do Circuito surta um efeito prático são necessárias diversas ações, tanto nos casos em que já houve a violência, com o intuito de minimizar os danos, quanto sob o aspecto preventivo, que é primordial. E esse tem sido extremamene afetado, minorado. Estamos apagando incêndio!* (E5, 2015, tradução nossa).

A menção à redução de gastos denota algo que observamos em outros momentos. Mesmo com os reflexos da crise na Espanha, bem como a própria Catalunha, os cortes realizados ainda permitem que os serviços de atendimento às vítimas funcionem com certo êxito, sem comprometer substancialmente seu funcionamento ou abastecimento. O que foi reduzido com esses cortes se refere a situações de excessão, a exemplo do medicamento específico, que agora precisa ser justificado. No outro caso mencionado, reconhece-se a importância dos trabalhos de prevenção; entretanto, observa-se que, mesmo sem sua realização, as atividades intrínsecas ao Circuito funcionam, sendo reconhecidamente mencionadas por todos os entrevistados.

No Brasil, a única lei de abrangência nacional que define conceitos específicos em âmbito jurídico e social em relação à violência contra mulheres é a Lei Maria da Penha, de 2006. (Lei nº. 11.340/06), como mencionamos anteriormente neste capítulo. Nela, a violência doméstica é assim definida no Art. 5º:

configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial: i) no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; ii) no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; iii) em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, Lei nº. 11.340/06).

É possível perceber que a definição de violência doméstica diverge (e muito!), da definição espanhola, pelo menos daquela apresentada pela capitã da Polícia Regional de Barcelona, que a define com base no Código Penal Espanhol, haja vista que, no Brasil, trata-se de violência de homem contra mulher, em âmbito doméstico, com ou sem coabitação, desde que exista uma relação de afeto íntimo. Corresponderia, nesse contexto, na concepção

descrita pela capitã da Polícia Regional de Barcelona, ao que eles definem como sendo violência de gênero.

Assemelha-se à definição espanhola de violência doméstica, ao considerar em seu contexto a violência existente entre outros membros familiares, como irmãos, avôs que residam num espaço de convívio permanente, mesmo aqueles esporadicamente agregados.

Nas palavras da delegada da DEAM, em Montes Claros

*aqui atendemos todos os casos previstos pela Lei Maria da Penha, ou seja, casos de violência doméstica em que a mulher é vítima, e os casos de violência sexual, independente se essa foi por homem conhecido ou não. Mas só os casos em que a mulher é a vítima. Sendo o homem vítima, esse atendimento é feito na delegacia comum. Os casos em que há uma relação homoafetiva entre mulheres e ocorre a violência doméstica, também são encaminhados pra cá” (E12, 2015).*

A definição de violência sexual é apresentada de forma genérica pelo Código Penal Brasileiro (CPB) e está relacionada ao conceito de estupro que, em 2009, teve sua redação alterada pela Lei nº. 12.015/09 e passou a estabelecer em seu artigo 213: “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. (BRASIL, Código Penal Brasileiro, 1940). Assim, para as situações em que uma mulher seja forçada à prática de atos sexuais ou libidinosos<sup>49</sup> será com base nesse artigo que o agressor será punido.

Verifica-se que a mudança conceitual do artigo 213 do CPB permitiu uma ampliação do rol de ações que forçosamente podem configurar-se enquanto estupro, que podem ir desde um toque em regiões íntimas até a conjunção carnal propriamente dita, ou mesmo a prática de sexo oral ou anal. Trata-se de considerável avanço, haja vista as inúmeras possibilidades em que uma mulher pode ser compelida por um homem.

Em relação à Lei Maria da Penha, defendemos que esta também se configure enquanto um avanço, não apenas do ponto de vista legislativo, na garantia de direitos em relação às mulheres que sofreram violência, mas também do ponto de vista social. Isso porque, sua existência, ao lidar com concepção de violência contra mulheres, sob aspectos específicos, com punições mais rigorosas, já indica, de certo modo, a importância do tema tratado.

A delegada da DEAM assevera:

---

<sup>49</sup> Atos sexuais ou libidinosos configuram-se enquanto aqueles que visam a satisfação da libido, do desejo sexual, e podem ser exemplificados pelo sexo oral, anal, carícias em região íntimas como seios ou nádegas. Também são considerados libidinosos os toques, com manipulação erótica e a masturbação mútua.

*claro que a lei tem problemas, como tudo!. Mas não podemos ignorar que foram muitos os avanços, e que essa lei é um início. Trabalho com violência de mulheres há muitos anos, antes da Lei Maria da Penha, inclusive. E posso garantir que houve avanços, que as mulheres se sentem mais seguras pra denunciar, pra tomar uma atitude, porque sabem que não é uma cesta básica mais que resolve. Embora, essa questão tenha outro lado importante também...(E12,2015).*

Nesse ponto, a continuidade da fala da Delegada, retoma um aspecto mencionado no Capítulo I, o qual entendemos ser relevante destacar, até para que fique mais bem esclarecido.

Ela comenta:

*embora essa questão tenha outro lado importante também. Sabe, Theresa (em tom de confissão), eu trabalho há quase quinze anos com violência contra mulheres, antes inclusive da Lei Maria da Penha. E, nesses anos todos de caminhada, minha visão mudou muito em relação à violência contra mulheres. Antes eu era uma defensora acirrada de que a mulher é sempre a vítima nos casos de violência, e que o agressor devia ser punido e preso a qualquer custo. Mas hoje, com esses anos de experiência, já reflito um pouco mais, sabe? Hoje eu acho possível que um casal se reconcilie, após um ato de agressão. Veja bem, que eu não me refiro a situações extremas, em que há espancamento, atos de crueldade, não. Falo em relação aqueles casos de briga que os dois perdem a cabeça, e muitas vezes a mulher provoca tanto que o homem acaba perdendo a cabeça. Vejo aqui na Delegacia muitos casos em que a mulher nos procura, mas ela não quer o marido preso, ou separar dele. Ela tem consciência dos atos praticados, da real situação e muitas vezes, usa a Lei Maria da Penha, não pra punir, mas pra dar um susto nele, entende? Dizer: olha aqui (se referindo a casa) eu mando como você e ainda tenho uma lei que me protege. Ela não é mais sempre a vítima, mas precisa fazer uso dessa situação para se impor dentro do ambiente da casa, do lar. Ela quer que ele a respeite, e a violência, claro, injusta, porque nada justifica um agredir o outro, mas a violência ela é de ambas as partes. O cara perde a cabeça mesmo? Então pra que provocar? Por que sabem que há uma lei a seu favor e que a policia vai mesmo... então acredito que nesses casos, em que não houve uma violência reiterada, é possível sim reconstruir a relação e te confesso que na grande maioria deles, nunca mais houve agressão. (E12, 2015).*

Esse trecho nos remete à discussão iniciada neste trabalho acerca da dimensão de consciência que muitas mulheres têm em relação à agressão, o que nem sempre as coloca numa posição de vítima, tão somente. A essência do fenômeno e a maneira como ele se apresenta consistem muitas vezes em aspectos distintos. Um ato de violência, mesmo praticado numa perspectiva de gênero, de relação de poder, reflete uma pluralidade de significados que vão muito além da compreensão, pura e simples, de quem os assiste ou toma ciência. A pseudoconcretude mencionada por Kotic (1960) pode talvez ser inferida nesse ponto, quando um mesmo fenômeno mostra sua essência e ao mesmo tempo a oculta. A violência aqui enseja resistência, forma de dominação tanto do homem para a mulher quanto o

inverso. Tratam-se, portanto, de duas dimensões de conhecimento da realidade e, mais do que isso, duas qualidades da práxis humana:

o homem perante a realidade não se constitui como um abstrato sujeito cognoscente e sim como ser, que age objetiva e praticamente sobre a natureza diante de seus interesses/necessidades, permeado por um conjunto de relações sociais. Nesse sentido, o homem inserido concretamente neste mundo experimenta, inicialmente, uma atividade prático-utilitária por meio da qual ele cria as suas próprias representações das coisas, gerando as formas fenomênicas da realidade. (RICHTER, 2012, p. 237).

Nesse sentido, a ação de ambos, mas sobretudo da mulher, é consciente; ela se apresenta enquanto um sujeito abstrato e cognoscente, e não uma vítima tão somente. A violência e seus reflexos, em situações como a descrita, consistem em atividades prático-utilitárias, que têm em si um significado, e representações dela que compoem a própria realidade.

Diante disso, é que se destaca o fato de que enquanto Lei ordinária, a Lei Maria da Penha é sem dúvidas a de maior conhecimento e alcance nacional, dada a sua ampla divulgação, inclusive pelos meios de comunicação de massa<sup>50</sup>. Esse acesso permite para além de necessário, que esta atinja diversas classes sociais, sobretudo as menos favorecidas, em geral as que mais denunciam os casos de agressão e abusos, ainda que a violência contra mulheres se configure enquanto o fenômeno multicausal, que alcança indistintamente “mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade, raças e até mesmo a orientação sexual”. (POLÍTICA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHER, 2011, p. 11).

A possibilidade de que as mulheres de diversas classes sociais passem a ter conhecimento de seus direitos, e façam disso um mecanismo de imposição de suas vontades, não deixa de evidenciar os reflexos da teoria de *empoderamento* já mencionada neste trabalho. À medida em que a mulher se reconhece enquanto detentora dos seus direitos, e conhece dos mecanismos, inclusive legais, que dispõe para exercer sua autonomia, ela se identifica enquanto sujeito ativo de sua própria história, um passo importante para alcançar a tão sonhada igualdade, não apenas formal, na seara legislativa, mas também material, nas ações práticas do cotidiano.

---

<sup>50</sup> Pesquisa apoiada pela Campanha Compromisso e Atitude, em parceria com a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, revela 98% da população brasileira já ouviu falar na Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/dados-e-estatisticas-sobre-violencia-contra-asmulheres/>. acesso em: 15 jan. 2016.

Em nenhum momento, sugerimos que atos de violência devam ser instigados para que a mulher se faça respeitar. Todavia, destacamos que essa é uma realidade, pensada não apenas no plano teórico, mas percebida na prática, pelos profissionais que lidam diretamente com as mulheres que sofrem violência.

Por sua relevância e pelas mudanças que as leis de proteção às mulheres ensejam, enquanto inibidoras de atos de violência por parte de homens, sejam eles maridos/companheiros ou não, é que as penas estabelecidas não podem nem devem ser abrandadas e precisam ser cumpridas, com vistas a inibir novos atos de violência por parte dos agressores.

Um aspecto que merece ser mencionado, na perspectiva do estudo comparado proposto, consiste na possibilidade de que, ainda na Espanha, os agressores em caso de violência de gênero, podem, ao invés de cumprir penas privativas de liberdade (prisão) ser punidos com a prestação de serviços à comunidade (restritivas de direitos, de acordo com o artigo 88 do Código Penal Espanhol), desde que essa prestação ocorra em local que não seja próximo da residência da vítima.

Esse quesito em relação às penas parece-nos imensamente contraditório, e um retrocesso legislativo, diante dos avanços alcançados pelo país. Investiu-se em leis que definem diversos tipos de violência, com o propósito de oferecer condições mais acessíveis às mulheres, ampliando suas garantias aos direitos sociais, trabalhistas, civis, dentre outros. Por outro lado, na seara penal, permitir que a violência contra mulheres, em casos definidos como ‘de gênero’, possam ser punidos com penas mais brandas, tais como a prestação de serviços a comunidade, é descaracterizar a real importância e os reflexos dessa violência, combatendo as consequências, minimizando e pormenorizando as verdadeiras causas.

A fala da capitã da Polícia Regional de Barcelona sobre o assunto corrobora nossa opinião:

*no novo código Penal Espanhol, ainda persiste a possibilidade de prestação de serviços à comunidade, em casos de violência de gênero, infelizmente. Não entendemos porque isso se manteve, porque também não concordamos, pois claramente protege os agressores, e dificulta o trabalho e a atuação policial. (E7, 2015, tradução nossa).*

No Brasil, com a promulgação da Lei Maria da Penha, no artigo 17<sup>51</sup>, essa possibilidade já não é mais possível, e esse quesito consiste num dos principais avanços da lei em termos de proteção aos direitos das mulheres. Frisa-se ainda que esta lei impediu que os Juizados Especiais Criminais (JECRIMs) sejam competentes para julgar os crimes de violência doméstica, em razão do seu ‘baixo potencial ofensivo’. Assim, tais mudanças conferem, no ordenamento jurídico, ao crime de violência doméstica, nível maior de gravidade e importância, com a tentativa de coibir ou inibir os agressores à prática desses atos.

Entretanto, a lei garante sua aplicação apenas aos casos de violência em âmbito doméstico, qual seja, nas relações familiares em que haja vínculo e convívio, ainda que não sob o mesmo teto, excluindo, portanto desse rol, suas garantias àquelas mulheres que sofreram agressão, sexual inclusive, e que não se enquadram no perfil estabelecido, doméstico ou familiar. Essas, conforme mencionamos são respaldadas pelo Código Penal Brasileiro, sem muita valorização do contexto no qual a violência sexual sofrida ocorreu. Os demais casos de violência possíveis estão sujeitos à legislação comum, do Código Penal Brasileiro, aplicável a todo cidadão, seja ele homem ou mulher.

Por fim, acerca da violência sexual dentro do contexto da Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Mulher (2012) houve, no decorrer dos últimos cinco anos, uma série de Portarias Interministeriais do Governo Federal e, portanto, de abrangência nacional, sendo as principais delas já mencionadas no Capítulo II que, em linhas gerais, trazem algumas determinações, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), para a organização dos serviços de atendimento a mulheres que sofreram violência sexual.

### **3.3 Diferenças e semelhanças entre a assistência às mulheres vítimas de violência no Brasil e na Espanha**

Com o objetivo de deixar este tópico mais compreensível, a partir das entrevistas com os profissionais das equipes multidisciplinares do Brasil e da Espanha, optamos por diferenciar a análise dos modelos de assistência às mulheres vítimas de violência discriminando os seguintes aspectos: a equipe e a atuação de profissionais; Guia Assistencial do HC e Protocolo Interno do HUCF; ativação do Circuito Contra a Violência às Mulheres

---

<sup>51</sup> Art. 17. É vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que impliquem o pagamento isolado de multa.

(em Barcelona) e Rede de Atenção à Violência (em Montes Claros); e, por último, a atuação policial.

### 3.3.1 A equipe e a atuação de profissionais

Pelas descrições do Capítulo II, pode-se perceber que, em Barcelona, o atendimento relacionado à saúde da vítima de violência sexual é realizado integralmente no HC, sendo, que nesse primeiro atendimento, a atuação da equipe multidisciplinar é feita pelo assistente social, pelo(a) enfermeiro(a) e pela equipe médica (legista, ginecologista, psiquiatra e outros, se necessário). Esse momento é, segundo o responsável pelo serviço social, um momento crítico, pois se trata do primeiro contato dela com o serviço de saúde: “*é preciso que a vítima se sinta acolhida nessa hora, pois do contrário incorremos na possibilidade de revitimizá-la*”.(E8, 2015, tradução nossa).

De acordo com responsável médico e coordenador responsável pelo HC,

*quando essa vítima chega ao hospital, a equipe precisa estar prontamente disponível, sobretudo a equipe médica. As intercorrências têm que ser prontamente atendidas; às vezes é preciso intervenção cirúrgica, e isso tudo é muito rápido. Daí a importância de uma boa comunicação entre os profissionais, das anotações nos prontuários serem precisas para que não se tenha dúvida.* (E1, 2015, tradução nossa).

Assim que a vítima recebe alta desse primeiro atendimento, é feito o acompanhamento da medicação prescrita pela equipe de infectologista do HC, bem como a avaliação dos exames realizados e a repetição destes de acordo com o Guia Assistencial, de modo a identificar possíveis contaminações da vítima com doenças sexualmente transmissíveis, que podem ter sido passadas pelo agressor, posteriormente, como continuidade do tratamento.

Esses retornos são agendados pelo próprio Serviço de Infectologia do HC, e em todos eles a médica infectologista participa, conforme menciona: “*recebemos a vítima fragilizada, com dúvidas e queixas em relação à medicação, então organizamos os agendamentos para que eu ou outra médica infectologista da equipe possa sempre estar nos atendimentos. Elas se sentem mais tranquilas e nós também*”. (E2, 2015, tradução nossa)

Sobre o período de acompanhamento ela ressalta: “*geralmente são agendadas cinco visitas, que são suficientes para ela tirar as dúvidas da medicação e repetir os exames com três e seis meses. Após esse período, ela recebe alta, se estiver tudo bem, ou continua sendo*

*acompanhada pela equipe, caso tenha ocorrido alguma contaminação. Mas isso é raro, são poucos os casos”.* (E2, 2015, tradução nossa).

Concomitante a esse acompanhamento da medicação, é feito ainda um contato com a vítima para que ela possa realizar o tratamento psiquiátrico ou psicológico em relação à agressão vivida. Essa assistência é realizada pela equipe de psicologia/psiquiatria do HC, através de um tratamento terapêutico intensificado, conforme descreve uma das psicólogas responsáveis:

*após mais ou menos 2 dias da agressão, se a vítima residir em Barcelona ou na região, fazemos o contato para que ela possa dar início à assistência psicológica, se quiser. Geralmente marcamos três encontros iniciais em que avaliamos as condições psicológicas da vítima. O primeiro, denominamos de ‘estabilização’, ou seja, aquele em que ela toma ciência dos fatos ocorridos e expõe sentimentos ambivalentes, de culpa, rejeição, medo. No segundo momento, dizemos ser o ‘processamento’ da violência sofrida e das implicações disso para sua vida. E no terceiro momento chamamos de ‘melhoria das condições pessoais’, em que a vítima retoma as atividades de rotina como trabalho, estudo, relação com familiares e amigos, parceiros, namorados e maridos. Algumas vêm em todos, outras em apenas um ou dois encontros e outras ainda fazem um acompanhamento sistemático, que pode durar de um até dois anos ou mais, depende de cada caso. A quantidade de encontros depende da necessidade da vítima* (E9, 2015, tradução nossa).

Em Montes Claros, diferentemente de Barcelona, o atendimento às vítimas de violência sexual não ocorre integralmente no HUCF. A atuação da equipe de profissionais se inicia, como em Barcelona, também pela triagem de um(a) enfermeiro(a), realizada no Pronto Socorro, mas a vítima não é recebida por nenhum membro da equipe, devendo se deslocar do Pronto Socorro até a Maternidade, local em que será atendida.

Em conversa com a responsável pelo serviço social do HUCF, ela menciona:

*praticamente não há atuação nossa, do serviço social nos atendimentos de violência da Maternidade. Embora nossa demanda seja imensa, já que temos que dar conta de todo o Hospital, acho que isso é sim algo que pode ser melhorado. Entendo que a participação do nosso setor nesses atendimentos seria de extrema importância, e por isso me mostro aberta para estabelecermos um novo fluxo, que inclua o serviço social nesses atendimentos* (E15, 2015).

A atuação da equipe de enfermagem também é pouco expressiva. De acordo com a gerente responsável pela equipe de enfermagem da Maternidade do HUCF, que está no cargo há cerca de oito meses,



*quem atende pelo que eu sei é o médico e o psicólogo (...) a enfermagem poderia sim ajudar mais, mas nosso quadro de funcionários é quase sempre reduzido e não estamos dando conta nem da demanda da Maternidade. (...) mas eu compreendo a importância desse atendimento. (E16, 2015).*

Fala-se, portanto, em equipe multidisciplinar, mas ela se reduz praticamente à atuação do médico ginecologista e do psicólogo, quando este se encontra disponível no momento do atendimento, uma vez que não trabalha em regime de plantão, mas sim com horários definidos.

O médico faz a anamnese e preenche os papéis necessários, os quais inclui na ficha de notificação que, no Brasil, é obrigatória, sendo de uso de todas as instituições que atendem vítimas de violência sexual. Também é feita a coleta de vestígios, quando possível, conforme já esclarecido no Capítulo II, de acordo com a Portaria Interministerial 288/2015.

Por ser o HUCF a referência no município e região para todos os atendimentos de violência sexual, inclusive de crianças e adolescentes, percebemos, segundo a fala da psicóloga do serviço, que nesses casos a comunicação com o Conselho Tutelar é obrigatória para acompanhar o caso, mesmo se o(a) menor estiver acompanhado(a) dos pais.

Segundo a psicóloga do HUCF, isso significa que,

*quando se trata de menor, avisamos à Coordenação da Maternidade e esta comunica com o Conselho Tutelar, e geralmente quem faz isso é a socióloga, no caso você (Theresa). (...) quando não há psicólogo disponível, os médicos ou alguém da Coordenação dão o encaminhamento para que a vítima volte para pelo menos um primeiro atendimento psicológico no Hospital, e, a partir dessa primeira escuta, direcionamos essa família para a Rede. (E10, 2015).*

A comunicação obrigatória com o Conselho Tutelar, nos casos mencionados, em relação ao HUCF, consiste num aspecto, cujo serviço de atendimento em Barcelona, em muito se difere. Ao entrevistar a assistente social responsável pelo Hospital São João de Deus, em Esplugues, ela menciona que a investigação dos casos de violência é feita pela própria equipe do Hospital, em conjunto com a família. Os órgãos de proteção de defesa das crianças e adolescentes somente são acionados se se tratar de risco iminente a manutenção daquela criança na família, ou nos casos em que, após investigados, é confirmado que o abusador encontra-se no ambiente familiar ainda, ou houve reincidência dos abusos. Sobre isso, ela esclarece:

*havendo uma suspeita ou denúncia de abuso, fazemos os acompanhamentos de perto, com as vítimas e suas famílias. Há uma equipe pra isso, composta por médicos, psicólogos e assistentes sociais, e temos diversos tipos de abordagens, que variam de acordo com a idade. Em alguns atendimentos elas vêm ao Hospital, em outros fazemos visitas domiciliares, que chamamos de visitas de controle. Ao final, elabora-se um documento em que concluímos o atendimento e atestamos pela observância ou não de sinais de abuso. (E4, 2015, tradução nossa).*

Após o encerramento do atendimento no HUCF, a vítima, em uso de medicação profilática, é encaminhada para um Centro de Referência (CERDI), cuja gestão pertence ao município de Montes Claros, e não ao HUCF, para que possa ser acompanhada por uma médica específica para esses atendimentos.

De acordo com a médica especialista em saúde da família do CERDI,

*ao que sabemos, o HUCF dispõe de um serviço de infectologia, mas para os casos de pacientes do Hospital, não para vítimas de violência sexual. Eles nos encaminham essas vítimas e aqui elas fazem um acompanhamento clínico durante três atendimentos, sendo o primeiro alguns poucos dias após a violência sofrida, para acompanhar a medicação e seus efeitos colaterais; um segundo, após um mês e meio desse primeiro e, um último, após três meses, onde repetimos os exames para detectar alguma possível contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. Se não houve contaminação, a vítima recebe a alta clínica e, caso esteja fazendo acompanhamento psicológico ou social, ela permanece. Mas são poucas que fazem, porque a maioria já é acompanhada em outros serviços. Nesse caso, findada a parte médica, ela fica liberada. Se algum exame der positivo, ela continua sendo acompanhada por aqui, pois somos a referência na região. (E14, 2015).*

Esses encaminhamentos, entretanto, não estão descritos em nenhum Protocolo do HUCF. Tratou-se de um acordo entre as instituições, porém não há registros desse procedimento em nenhum documento. Registro neste momento que também não houve menção a esse tipo de encaminhamento nas entrevistas, ele se fez presente no trabalho em razão da minha atividade enquanto socióloga, já que esses encaminhamentos são realizados e acompanhados por mim.

No que tange à continuidade da assistência psicológica, mesmo prevista enquanto necessária pela Norma Técnica, essa não orienta o modo pelo qual ele deve ocorrer na instituição de referência. No HUCF esse acompanhamento é realizado ou pelas unidades básicas de saúde ou NAVCV, sendo que esse último dispõe de assistência integral, que contempla além da continuidade do tratamento psicológico, a possibilidade de acesso a um advogado (que não pode atuar nos processos, mas pode fazer orientações e por vezes officiar

os órgãos competentes pedindo informações e/ou esclarecimentos), bem como de um assistente social competente para lidar com as demandas sociais da vítima e de sua família.

Embora o HUCF disponha de uma equipe de psicologia, que trabalha internamente no hospital, e outra que faz atendimentos ambulatoriais no Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN),<sup>52</sup> os atendimentos em relação às vítimas não são encaminhados para esse Centro, sendo direcionados para o NAVCV. O motivo desse não encaminhamento não foi mencionado por nenhum dos entrevistados, mas novamente faço uso do meu conhecimento enquanto socióloga da instituição para afirmar que se trata de entraves de ordem burocrática, uma vez que os encaminhamentos para esse Centro precisam, de acordo com a gestão municipal, ser via posto de Saúde, e julgamos (nós da equipe da Coordenação) não ser viável para a vítima ser enviada para o Posto de Saúde para, na sequência, ser encaminhada ao mesmo hospital onde foi realizado o primeiro atendimento. A parceria com o NAVCV supre as demais exigências e necessidades da Norma Técnica, pois dispõe de outros profissionais os quais ela possa demandar, enquanto que no CAETAN a assistência estaria restrita apenas ao tratamento psicológico.

A psicóloga do HUCF evidencia que

*O NAVCV conta com todos os profissionais, advogado, psicólogo e assistente social; então pra nós é muito mais tranquilo encaminhar para lá, pois sabemos que será feita uma assistência integral, tanto da vítima quanto da família. Nos centros de Saúde nem sempre têm os profissionais que elas precisam... não são todos que têm psicólogos, e em sua maioria não há uma equipe especializada para tratar diretamente desses assuntos. (E10, 2015).*

A possibilidade de incluir a família no atendimento, principalmente o psicológico, consiste também num diferencial importante em relação à assistência prestada em Barcelona. Lá, apenas a vítima recebe o atendimento enquanto que, em Montes Claros, a metodologia de trabalho do NAVCV inclui os demais membros envolvidos com o crime violento, que podem ser família, maridos, amigos e outros. Consiste, na realidade, segundo nossa análise, num ponto de valorização da violência sofrida no que se refere às suas diversas dimensões, haja vista que a prática de um ato violento, e no caso e específico de um estupro, atingem não somente a vítima direta, a mulher, mas outras pessoas que a cercam. Sobre esse aspecto, a coordenadora do NAVCV comenta:

---

<sup>52</sup> Esse Centro consiste numa unidade anexa ao HUCF e atende a população somente com especialidades, em caráter ambulatorial, cujas consultas são agendadas por meio dos Centros de Saúde e Unidades Básicas do município de Montes Claros.

*ao mencionar à família, que a assistência não se dá apenas para a vítima, haja vista que quando toma, ciência todos os envolvidos com a vítima são afetados. Assim, fazemos o atendimento com a vítima, e com quem a estiver acompanhando, se necessário, às vezes a mãe, pai, marido, filha. A violência afeta a todos, todos precisam ser acompanhados. (E11, 2015).*

Considerando que a proposta dessa pesquisa consiste na articulação entre as políticas públicas de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, na perspectiva do desenvolvimento, julgamos importante mencionar que, durante a entrevista com a Coordenadora do NAVCV, ela nos informa que as atividades do NAVCV foram encerradas no dia 31 de dezembro de 2015. Mesmo diante do atendimento realizado, tal instância, por questões de política de governo, teve suas atividades substituídas pela proposta de implantação de Centros de Direitos Humanos, que farão os encaminhamentos dessas vítimas a outros locais da Rede, para acompanhamento em relação ao crime sofrido.

Sobre a atuação política dessa instância, a coordenadora do NAVCV esclarece:

*O NAVCV consiste numa política pública que existe em Minas desde 2006, e em Montes Claros sua instalação se concretizou em decorrência de estudos que mostraram as altas taxas de criminalidade da região. Com a mudança de governo ocorrida do Estado, para governador (PSDB para PT), como o NAVCV era uma política do PSDB, o novo partido ao assumir resolveu executar algumas mudanças e dentre elas a implantação desses Centros de Direitos Humanos, em diversas cidades do Estado, consideradas pólos em relação à criminalidade. Entretanto, já estamos no mês de outubro e não fomos informados sobre como será essa transição e nem para onde encaminharemos as vítimas que já estamos acompanhando. Eles afirmam que os centros não farão esses acompanhamentos sistemáticos, conforme é a nossa metodologia, e por essa razão em Montes Claros, entendemos ser um retrocesso. Não precisamos de centro encaminhador para essas vítimas, mas sim de um local que as acolha, e ofereça assistência, tratamento, segurança. Encaminhar por encaminhar o HUCF faz isso, a Polícia faz isso e DEAM faz isso. (E11, 2015).*

O fechamento do NAVCV configura-se para a entrevistada, um retrocesso das políticas públicas de assistência a vítimas de violência, inclusive a sexual. O argumento da Secretaria de Estado de Direitos Humanos (SEDPAC), de acordo com o comunicado disponível no *site* do governo de Minas Gerais<sup>53</sup>, tem em vista implantar Centros de Direitos Humanos que atenderão uma demanda maior do que a NAVCV e farão os encaminhamentos para a Rede assistencial do município, em cada uma das regiões em que esses centros forem implantados.

<sup>53</sup> Disponível em: <http://www.direitoshumanos.mg.gov.br/index.php/component/gmg/story/2523-comunicado-sobre-o-reordenamento-dos-servicos-navcv-edh-e-o-programa-polos-de-cidadania>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

Com base em alguns apontamentos já indicados nesse trabalho é possível fazer algumas inferências acerca dessa questão. Em Montes Claros, a tentativa de funcionamento da Rede se operacionaliza pelo envolvimento dos próprios órgãos e entidades, haja vista a inexistência dos mecanismos que a regulamentam, conforme já mencionado. Assim sendo, a princípio e em tese, encerrar as atividades de um local, que oferece à população uma assistência gratuita especializada e sistematizada, para implantar um Centro que fará encaminhamentos para locais que sequer dispõem dessa estrutura e equipe, nos parece algo no mínimo, irrazoável. Ora, se a Rede necessária para atender essas vítimas não existe oficialmente, como se efetivará essa proposta, enquanto política pública que encerra um local cujas as atividades se destinam a prestar essa assistência para implantar um Centro que servirá de encaminhador tão somente? Encaminhar para onde?

Enfim, tendo em vista que os Centros de Direitos Humanos ainda não foram implantados no Estado, não é possível avaliar se haverá realmente um retrocesso. Embora nos pareça, a princípio um contrassenso, diante da realidade com a qual nos deparamos diariamente será preciso aguardar sua efetivação para uma avaliação futura.

### **3.3.2 Guia Assistencial do HC e Protocolo Interno do HUCF**

Mediante análise do Guia Assistencial do HC (GA-HC), em Barcelona, e do Protocolo Interno do HUCF (PI-HUCF) em Montes Claros, foram identificados pontos relevantes que evidenciam algumas diferenças já identificadas e relatadas anteriormente. No GA-HC há uma descrição detalhada da criação e ativação do Circuito de Barcelona, da participação do HC no contexto do Circuito, de questões conceituais acerca da violência, bem como de um fluxo detalhado com as descrições de cada profissional envolvido no atendimento, que incluem questões pontuais a serem sempre abordadas. Descreve ainda, de forma explicativa, as medicações, exames e procedimentos a serem tomados em cada caso, os formulários a serem preenchidos, a legislação em que este se pauta.

No HUCF, o que verificamos foi um Protocolo Interno bem sucinto, extremamente restrito ao serviço hospitalar, sem nenhuma menção expressa à Rede de Atenção à Violência de Montes Claros. Expõe brevemente as atividades de cada profissional no contexto dos atendimentos, sem muitos esclarecimentos específicos e não menciona o Serviço Social como parte do atendimento. Restringe a participação da Enfermagem à administração da medicação tão somente. Sobre esta, o Protocolo detalha o uso das medicações, esclarecendo as dosagens adequadas a cada tipo de violência sexual (em casos de adultos, crianças e gestantes a

dosagem pode variar). Dispõe também da legislação, de alguns formulários utilizados que precisam ser preenchidos, e ainda de um fluxo resumido que indica o local onde essa chega, para onde se destina dentro da unidade hospitalar e orienta quanto ao destino dos papéis que são preenchidos pela equipe.

Numa perspectiva analítica e comparativa, foi possível perceber o quão minucioso o GA-HC procura ser. Tal afirmativa se deve à sua riqueza de detalhes e pelo cumprimento ao que estabelece o Protocolo RDV-BCN, tendo em vista a importância da consonância entre o que o Protocolo exige e o que o HC oferece em termos de assistência, algo que não foi percebido no Protocolo Interno do HUCF. Embora esse último oriente quanto a algumas questões em relação aos atendimentos, não há qualquer tipo de referência a outros serviços do município de Montes Claros ou do Estado de Minas Gerais, orientações explicativas sobre como os profissionais devem proceder; enfim, trata-se de um documento desconectado em relação a outros que, por ventura, possam ter servido de base para ele.

### **3.3.3 Ativação do Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres (BCN) e da Rede de Atenção à Violência (MOC) e participação do IML**

A ativação do Circuito Barcelona consiste num dos pontos importantes desta pesquisa, ativá-lo corresponde a dizer que todas as premissas estabelecidas na legislação e nos Protocolos serão efetivamente testados, e, sendo assim, em se tratando de processos que envolvem diversas searas no atendimento às vítimas de violência sexual, todas elas devem funcionar conforme acordado.

Já esclarecemos que, quando uma vítima de violência sexual procura o HC e deseja denunciar a agressão e o agressor às autoridades competentes, a ativação do Circuito é feita imediatamente com a comunicação ao Instituto de Medicina Legal da Catalunha (IML). A partir de então, o médico legista desse instituto comparece ao hospital, colhe o material genético da vítima, procede aos exames de rotina, inclusive o toxicológico e, na sequência, envia todo o material coletado para análise.

O Protocolo RDV-BCN (2012), em comum acordo com as instituições, prevê que desde o contato telefônico feito com o IML até o momento da chegada do médico legista ao HC devam transcorrer exatos 45 minutos no máximo.

Entretanto, na entrevista realizada com o médico e coordenador responsável pelo serviço de atendimento a vítimas de violência do HC, que também é o Diretor de Qualidade e Segurança Clínica, ele ressalta: “*o tempo médio decorrente entre o chamado e a chegada do*

*médico legista atualmente está em torno de 52 minutos, quando o nosso protocolo determina 45 minutos no máximo. Estamos trabalhando junto ao IML para melhorar esse indicador.”* (E1, 2015, tradução nossa).

O monitoramento desse prazo, bem como as estratégias de ações para alcançá-lo, demonstra a preocupação e a responsabilidade das instituições em não apenas cumprir o que está estabelecido no Protocolo, mas efetivamente oferecer a essa vítima uma assistência de qualidade, realizando os procedimentos necessários, mas minimizando o tempo em que esta precisa ficar no ambiente hospitalar.

Durante nossa entrevista com o responsável pelo IML, ele esclarece e justifica:

*o tempo limite de chegada até o HC para o médico legista é de 45 minutos, porém não estamos cumprindo. Ocorre que os legistas trabalham em escala de plantão, e só há um médico para atender toda a cidade, e por vezes ele está lá do outro lado atendendo um homicídio, por exemplo. Mas isso não justifica, até porque nossa taxa de homicídios é baixa, não atingimos nem 50 por ano.* (E3, 2015, tradução nossa).

Em relação aos atendimentos prestados pelos médicos legistas, o mesmo responsável pelo IML: *“procuramos capacitar e sensibilizar esses profissionais para a causa das mulheres. Oferecemos cursos periódicos, mas você sabe que não é fácil, nem todo mundo se envolve da mesma maneira, alguns ainda de alguma forma oferecem certa resistência”.* (E3, 2015, tradução nossa)

Em Montes Claros, a realidade do IML se apresenta de forma muito diferente do que foi visto em Barcelona. Mesmo sendo, por muito tempo, o local de referência para perícias de vítimas de violência sexual, haja vista que o material passou a ser coletado no próprio hospital (HUCF), os encaminhamentos eram feitos, porém muito a *contra gosto* da equipe.

O Coordenador da Maternidade do HUCF, ressaltou:

*evitamos encaminhar pro IML porque temos tido muitas reclamações de lá. Pelo que soubemos das reuniões e eventos em que participamos para falar desse assunto, o local de atendimento às vítimas é precário; a equipe não é preparada, fica tudo muito perto, morto, vítima de violência, é desumano. Conseguimos recentemente uma médica legista de Belo Horizonte que veio a Montes Claros capacitar nossa equipe para colher aqui no HU o material genético das vítimas. Estamos implantando esse serviço, e tem dado certo, na medida do possível, os médicos estão se adaptando. De qualquer forma, é melhor do que mandar pro IML.* (E17, 2015).

A percepção do coordenador e médico da Maternidade do HUUCF é corroborada pelo coordenador responsável pelo IML em Montes Claros, já que, de acordo com ele, a instituição já trabalha no seu limite:

*nossa área de abrangência atende 38 municípios além de Montes Claros; trabalhamos atualmente em condições precárias, inclusive o prédio foi condenado pela Vigilância Sanitária. Mas não podemos parar, porque se está assim, imagina se fechar? Entretanto, mesmo nessas condições realizamos nosso trabalho da maneira que é possível. Mas não restam dúvidas de que precisamos de melhores condições.* (E17, 2015).

Sobre as condições de trabalho, o coordenador do IML destaca: “*muitas vezes não dispomos de todo material básico necessário, e em algumas situações, nós mesmos que compramos.*” Ao ser questionado sobre as capacitações, em especial para lidar com esses atendimentos a mulheres que sofreram violência, ele afirma: “*quanto às capacitações, nós não temos, penso que em BH (capital) a realidade deve ser um pouco melhor, deve haver mais valorização que no interior*”. (E17, 2015).

Ao ter ciência do trabalho executado em Barcelona, e de como se dava o funcionamento e a ativação do Circuito Barcelona Contra a violência às Mulheres, bem como sobre se seria possível realizar em Montes Claros um trabalho próximo ao que existe por lá, ele comenta:

*a ideia é boa, mas nossa estrutura atual, acredito que não permite. Nossa demanda é imensa, em razão da nossa área de abrangência e há apenas um médico legista por plantão. Podemos pensar, mas acredito que a vítima iria aguardar um tempo enorme, que talvez não justificasse a parceria.* (E 17, 2015).

Cabe-nos destacar que foram evidenciadas algumas diferenças existentes entre a atuação do IML em Barcelona e em Montes Claros e, em termos de estrutura e funcionamento, essas talvez sejam as de maior relevância. O que se pode apreender através dos conteúdos das entrevistas realizadas é que, enquanto em Barcelona o IML exerce um papel primordial na ativação e funcionamento do Circuito – haja vista a importância da preservação e coleta de vestígios e da necessidade dessa prova nas medidas judiciais cabíveis ao agressor –, em Montes Claros o IML praticamente não faz parte da Rede de Atenção à Violência. Isso foi constatado em decorrência da identificação de: condições precárias de estrutura física e da possível falta de preparo da equipe para lidar com a demanda relacionada



a vítimas de violência, sobretudo. Enfim, pelo conjunto de fatores que desmotivam as vítimas a procurá-los, por tratar-se de um órgão ligado ao Comando da Polícia Civil, para que seja autorizada a perícia, é necessária a expedição de uma guia por um delegado de Polícia, para que esta seja realizada. Logo, a mulher que precisa ou deseja ir ao IML, em razão da violência sofrida, necessita inevitavelmente passar por uma delegacia de Polícia, o que em sua grande parte desmotiva e desacredita as vítimas de procurá-los.

### 3.3.4 Atuação policial

No que diz respeito aos *pontos nevrálgicos* tanto do Circuito em Barcelona quanto da Rede em Montes Claros, é importante mencionar a atuação policial aos atendimentos dispensados por esta corporação às vítimas de violência, sobretudo sexual. Em Barcelona, a ativação do Circuito continua com a comunicação às autoridades judiciais forenses que incluem a polícia, quando esta já não está acompanhando a vítima. Isso porque, de acordo com a informação apresentada pela entrevista da enfermeira responsável, em mais de 70% das vezes as vítimas chegam ao HC acompanhadas não da polícia, mas sim de amigos e familiares.

Ainda que a capitã tenha ressaltado o preparo e a atuação da equipe para lidar diretamente com esses casos, ouvimos da Enfermeira responsável pelo HC que nem sempre esse atendimento é feito com a seriedade que lhe é necessária:

*embora a polícia de Barcelona devesse em tese saber como são feitos esses atendimentos de violência machista, observamos pela fala das vítimas que nem sempre a polícia atende bem, muitas vezes não sabem informar, fazem juízos rápidos sobre os fatos e sabe como é, que esses juízos pareciam tão eficientes, mas são na verdade uma armadilha mental. É preciso que ao sair do Hospital a vítima saiba o que precisa ou não informar para a Polícia sobre o ocorrido. (E6, 2015, tradução nossa).*

Através dessa fala percebe-se que, mesmo diante da atuação da Polícia Regional de Barcelona como parte ativa do Circuito, a permanência de preconceitos e julgamentos persiste. Tal identificação sugere a influência de concepções de mulher/gênero presentes na cultura que interferem na política e a efetivação da mesma no que diz respeito à redução/eliminação da violência, sobretudo por parte daqueles que, representando o Estado, deveriam protegê-las.

Em relação ao atendimento policial, esclarecemos que, no Brasil, diferentemente de Barcelona, a atuação policial se divide em Comandos; um de Polícia investigativa ou de inteligência, que é denominada de Polícia Civil, e outro de Polícia ostensiva<sup>54</sup>, que corresponde à Polícia Militar (PM). Em Montes Claros, a PM dispõe de duas patrulhas exclusivas para o atendimento a vítimas de violência doméstica e estas, por sua vez, são formadas por uma equipe de policiais que tiveram uma capacitação específica para atuação com esse tipo de demandas. Entretanto, quando se trata de violência sexual que não esteja relacionada à violência doméstica, o atendimento também é feito pelo patrulhamento comum da PM que estiver disponível no momento da ocorrência.

Assim, a DEAM, enquanto parte da Polícia Civil realiza um trabalho investigativo e de acionamento do sistema judiciário quanto às solicitações de medidas cabíveis para resguardar o direito de mulheres que sofreram violência doméstica e/ou sexual. Mas em geral não são os policiais da DEAM que acompanham as vítimas até o HUCF; essa função cabe a Polícia Militar.

Entretanto, mesmo dispondo de uma demanda extremamente significativa, a DEAM não funciona 24 horas, estando seu horário de trabalho restrito ao horário comercial, razão pela qual a delegada responsável esclarece:

*a delegacia não funciona 24h, por questões operacionais. Atualmente apenas eu sou a delegada responsável por todo o município de Montes Claros incluindo a zona rural, e para que isso acontecesse precisaríamos de no mínimo mais oito delegadas, que trabalhariam num esquema de plantão. A Lei Maria da Penha exige medidas de proteção muito rápidas, temos 48 horas para remeter as medidas protetivas ao juiz, e fazemos uma média de 10 atendimentos/dia, sendo que destes, cinco em média precisam de medidas. (E12, 2015).*

A DEAM dispõe ainda de uma equipe multidisciplinar para auxiliar nos atendimentos, embora não se trate de um acompanhamento sistematizado:

*trabalhamos com equipe multidisciplinar e contamos com o auxílio de psicólogas, através de um convênio com uma faculdade (...) mas são atendimentos pontuais, não damos conta de atender aqui toda a demanda, por isso precisamos da Rede. Os casos de violência identificados ou denunciados fora do horário de funcionamento da DEAM são atendidos pela delegacia comum de plantão, e geralmente remetidos para cá. (E12, 2015).*

---

<sup>54</sup> Denominada assim em razão de sua função de patrulha e represália na manutenção ou restabelecimento da ordem e segurança pública.

No que concerne às capacitações específicas para atendimento a mulheres que sofreram violência, diferentemente de Barcelona, a equipe de polícia da DEAM não dispõe de um trabalho sistematizado e permanente, de treinamentos para atender essa demanda que envolve mulheres. Deduzimos que se a equipe da DEAM não dispõe desse tipo de capacitação, a Polícia Militar provavelmente também não, haja vista que atende uma diversidade de outras demandas. A Delegada pontua que houve apenas uma capacitação, que ocorreu uma semana antes da inauguração da DEAM em Montes Claros e depois não houve mais nenhuma outra. Ela justifica: “*mas sempre que o município ou mesmo vocês no HUCF fazem alguma atividade, curso, procuramos enviar um representante, pela importância, né? (sic), de estar sempre atualizando*”. (E12, 2015).

Talvez, por essa razão, em Montes Claros a atuação policial também foi alvo de críticas por parte de uma das entrevistadas. A psicóloga do HUCF comenta sobre assunto: “*quando as vítimas vêm acompanhadas da PM (Polícia Militar), elas já chegam um pouco mais orientadas, já fizeram B.O., mas isso nem sempre é regra. Até a própria polícia às vezes não sabe como proceder, para onde deve encaminhar essas vítimas, levam para outros hospitais que não são de referência, fazem perguntas indiscretas sobre o atendimento, julgamentos... não é sempre, mas acontece*” (E10, 2015).

A observância das críticas em relação à atuação policial, seja em Barcelona, onde não existe uma Polícia específica para os atendimentos, mas há um trabalho de preparação e capacitação continuada para lidarem com os atendimentos às vítimas de violência, seja em Montes Claros, em que há uma Delegacia especializada e uma parte da corporação da PM específica para lidar com essas ocorrências, sugerem uma reflexão acerca da violência, mesmo que simbólica enquanto representação social dentro das próprias corporações.

Sobre esse assunto, Porto menciona o “quanto a dimensão organizacional das corporações policiais é um *locus* privilegiado para se perceber a violência representada enquanto categoria organizadora das relações sociais e portadora de sentido para a ação, informa a filosofia e o modelo de atuação policial”. (PORTO, 2010, p. 258). Em seus estudos, realizados com as elites policiais do Distrito Federal, nos depoimentos dos policiais para justificar esses atos, são mencionados o caráter reativo da ação policial, em contraposição ao que seria uma forma de atuação pró-ativa, ou seja, os atos repressivos predominam sob os atos preventivos enquanto *modus operandi* da segurança pública como um todo.

Assim, e talvez por essa lógica, é que a atuação policial seja ainda agressiva, invasiva nos casos de mulheres que sofreram violência, mesmo quando estes profissionais foram capacitados especificamente para lidar com essas abordagens. Ela reforça, com base nesse

estudo, que somente os novos modelos de gestão e organização policial têm trabalhado esses aspectos preventivos, e assim espera-se que haja também uma mudança de percepção por parte da sociedade civil. Embora a pesquisa da autora não seja relacionada diretamente com a violência contra a mulher, é possível apreender que há talvez uma mesma lógica nessa maneira de conduzir as situações nas corporações, já que, segundo ela, “em certa medida representam a violência policial como resposta, expressão ou efeito da violência social”. (PORTO, 2010, p. 259).

Sobre as questões que se relacionam à denúncia, bem como aos desdobramentos desta e seus reflexos na vida da vítima, no que tange à estrutura do sistema, a enfermeira responsável do HC pontua:

*essa questão da denúncia nos exigiu certo amadurecimento, no transcorrer dos anos, trabalhando com esse tipo de atendimento. Trata-se de tema muito controvertido. Em princípio, nós da equipe éramos totalmente a favor da denúncia, mas concluímos que é fácil pensar assim, fácil quando quem denuncia é o outro. Levamos um tempo para essa reflexão, porque **quando a estrutura social não está preparada para dar uma resposta eficiente e correta, é preciso analisar a situação com cautela**. Insistir que as mulheres denunciem é arriscado. É preciso esclarecimento, deve ser uma ação, **um ato consciente, pois se trata de enfrentar um campo de batalha duríssimo**. Muitas vezes, além de você estar lutando contra a pessoa que te agrediu, você luta também com familiares. (E6, 2015, tradução e grifos nossos)*

A fala descrita acima vai ao encontro do que foi dito em relação às dificuldades que as mulheres em Barcelona enfrentam no que se refere aos aspectos judiciais a serem enfrentados quando se trata de uma violência. Quando se fala no Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres, a análise contempla um conjunto de serviços, desde aqueles assistenciais, de saúde, da polícia, cuja atuação diz respeito à segurança da vítima e à prisão do agressor, bem como da atuação do sistema judiciário, ou seja, daqueles órgãos cuja função é garantir a efetividade dos direitos das mulheres. Todos precisam estar inseridos no mesmo contexto, de forma concatenada, pois do contrário, a possibilidade de uma *revitimização* compromete o trabalho de todos os demais envolvidos, levando as vítimas a se calarem, por descrédito no sistema. E, nesse ponto, exatamente aquele órgão que deveria zelar pelo efetivo cumprimento dos direitos, na medida em que é garantidor do aparato legal de punição dos agressores, enfrenta ainda críticas dos próprios envolvidos no sistema.

Na fala da entrevistada, ela deixa evidente. Não desestimula a denúncia, mas alerta a vítima, após diversas experiências, acerca do caminho a ser trilhado por ela e dos obstáculos encontrados.

Esse aspecto, segundo nossa análise, é um dos pontos mais críticos do atendimento em Barcelona. A manutenção de questões conceituais que correspondem a preconceitos e, por vezes, pela ineficiência do sistema punitivo, ou como se viu, do seu abrandamento em relação às penas, como é o caso da possibilidade de prestação de serviços à comunidade, subjugam e pormenorizam a violência contra as mulheres. Ademais, as fazem refém do próprio sistema, que não foi capaz de protegê-las preventivamente, evitando ou impedindo a violência, e agora não é capaz de defendê-las dos atos praticados. Trata-se, portanto, de um processo cíclico, que precisa ser rompido.

Em Montes Claros, o cenário não é muito diferente. Para além de termos uma estrutura física e de atendimentos em condições piores do que foi visto em Barcelona, nosso sistema judiciário ainda é pautado por entraves que impedem a efetiva garantia dos direitos das mulheres viverem uma vida sem violência. Embora a Lei Maria da Penha estabeleça a necessidade de criação de juizados especializados para julgar os crimes relacionados à violência contra mulheres, em Montes Claros esse juizado inexistente.

De acordo com a delegada responsável pela DEAM, os processos de violência contra mulheres são julgados pelas Varas Criminais comuns, cujos juízes não dispõem de uma capacitação específica para o tema, bem como de equipe técnica especializada, que deveria ser composta por assistentes sociais e psicólogos para esses casos específicos. A atuação desses profissionais auxiliaria o magistrado em suas decisões, e nas oitivas tanto das vítimas quanto dos agressores, a fim de permitir andamento processual mais célere e um julgamento sensível capaz de levar em consideração diversos aspectos e searas, inclusive subjetivos que, por vezes, não são captados e outros tipos de ações, por se tratar de uma demanda que com características muito específicas, diferenciadas das demais.

De acordo com a delegada da DEAM, mais de 40% das demandas das varas criminais atuais de Montes Claros são de processos relacionados à violência contra mulher, que incluem tanto a Lei Maria da Penha (violência doméstica) quanto os demais casos cujas penas estão previstas no Código Penal Brasileiro de 1940.

Retomando a Espanha, observa-se que face às dificuldades já identificadas há uma preocupação da equipe envolvida em manter os padrões da assistência estabelecida nos Protocolos, tanto naqueles firmados internamente no HC, quanto nos de nível regional, que se estabelecem com toda a região de Barcelona.

Com intuito de aperfeiçoar o Circuito e sanar os pontos críticos, a responsável pelo Consórcio Barcelona informa que a equipe se reúne entre cinco e sete vezes ao ano para

identificar possíveis falhas nos processos e ajustar os pontos em que se deve melhorar, ouvindo principalmente os profissionais ligados à assistência direta a vítimas:

*para melhorar, trabalhamos com a metodologia da formação conjunta, na qual compartilhamos as experiências de cada território (num total de 10 que compõem o Circuito), sendo que cada um participa com no mínimo um representante. Há um grupo de profissionais que funcionam como a referência de cada território, (sendo um que representa os serviços de saúde e outro os serviços municipais do distrito). Essas pessoas atuam como agentes multiplicadores, que coordenam as rede internas em seus territórios.(E5, 2015, tradução nossa).*

Ela ressalta algo que, na sua visão, contribui muito para facilitar a comunicação: “*dispomos de um serviço de informação no formato web, onde estão disponíveis todas essas informações, de modo a favorecer a coordenação entre o conjunto de profissionais, membros da rede, o que facilita o acesso aos recursos já existentes*” (E5, 2015, tradução nossa).

Em Montes Claros, embora os profissionais falem da Rede de Atenção à Violência, esse mecanismo não é ‘ativado’ tal qual ocorre em Barcelona, de forma imediata, após a vítima procurar o HUCF. Conforme já mencionamos no Capítulo II, não há um acordo com o IML de Montes Claros para a atuação do médico legista no atendimento às vítimas do HUCF. Nos casos em que essa avaliação é necessária, a vítima se desloca ao IML.

Menciona-se ainda, no que tange à organização dos diversos órgãos e entidades envolvidas, o NAVCV, por atitude própria, iniciou uma ‘Roda de Conversa’, que consiste numa tentativa de diálogo permanente com os parceiros de Montes Claros, com intuito de promover entre eles um momento de encontro, de modo a poderem ser discutidas as dificuldades no trato a vítimas de violência sexual, com vistas a aprimorar essa assistência. As reuniões ocorriam sempre na última quarta-feira do mês, conforme explica a Coordenadora do NAVCV:

*as Rodas de Conversa permitiam um espaço de discussão não apenas teórico, mas prático, em que as diversas instituições que lidam com violência sexual se viam engajadas a discutir o assunto para fortalecer a Rede. Iniciamos a elaboração de um catálogo, com informações importantes acerca das instituições, como telefones, endereços, pessoas de referência, de modo que, numa situação emergencial, esse acesso fosse facilitado. Trouxemos pra roda estudos de casos, de modo a fazer a equipe refletir sobre garantias de direitos, e a melhor maneira de efetivá-los, questões importantes acerca dos atendimentos hospitalares e da importância deste ser em caráter de urgência, enfim um trabalho de formiguinha, que estava dando certo. Mas após um ano, com nosso encerramento, não sabemos quem vai assumi-lo e nem se ele continuará existindo, tudo está muito incerto...”(E11, 2015).*

O evento ocorrido com o NAVCV evidencia a fragilidade das relações entre os diversos setores, órgãos e entidades envolvidos com o atendimento a vítimas de violência sexual em Montes Claros. A formação, manutenção e continuidade da Rede de atenção estão adstritas aos próprios envolvidos, de modo que a ausência de um deles pode implicar no comprometimento de todo o sistema, demonstrando que sua formação não se encontra consolidada nos princípios básicos de formação de Redes, mencionados no Capítulo II.

Essa fragilidade compromete ou pode comprometer a assistência prestada às próprias vítimas, pois sua articulação se baseia na cooperação entre organizações que se conhecem e se reconhecem, negociam, trocam recursos e compartilham, em medida variável, normas e interesses.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o estudo realizado, verificamos que ocorreram a ampliação e o aprimoramento das políticas públicas, sobretudo aquelas destinadas a mulheres, especificamente nos últimos trinta anos. Entretanto, as conquistas são resultado de um caminho árduo, ainda pautado por alguns preconceitos, mas que vão sendo superados à medida que se compreende que não há desenvolvimento, tampouco crescimento, sem a participação das mulheres. Elas não se encontram meramente na condição de receptoras (passivas) ou mesmo beneficiadas por diferentes políticas, mas na de agentes ativas, que participam, elaboram, votam e acompanham esses processos.

Essa constatação ocorre não exclusivamente numa perspectiva protecionista, por serem mulheres, mas porque se trata de uma realidade estrutural, cuja conjuntura se apresenta sistematizada e interligada. Nesse contexto, a inclusão, a potencialização das capacidades humanas e individuais, mediante o empoderamento da mulher, precisam ser levadas em consideração, sob pena não somente de um retrocesso econômico, mas também histórico, político e social.

Em face às questões abordadas neste trabalho, constatamos que, para além dos resultados da pesquisa comparada entre o atendimento a mulheres que sofreram violência sexual, tanto no Brasil quanto na Espanha, ainda que possuam realidades diferenciadas, os desafios para ambos os países permanece e são diversos. É necessário, conforme Vivaldi (2010), promover a participação cidadã deliberativa, de modo a assegurar que mulheres ocupem cargos de decisão, institucionalizando os mecanismos de participação; impulsionar a corresponsabilidade dos homens e mulheres em suas ações e também a do Estado.

Acerca da questão que relaciona violência e gênero, o presente estudo aponta que, em consonância com a literatura estudada, trata-se de um conceito socialmente construído, em que se busca, por vezes, a naturalização do fenômeno da violência, inclusive pautando-se nos aspectos biológicos, numa tentativa inconsistente de justificá-lo. Todavia, tal fenômeno não pode ser ignorado, pois se expressa em atos que atentam contra a vida e a saúde de mulheres, seja através da violência aberta, expressa, isto é, que deixa marcas físicas, seja por meio da violência simbólica, aquela psicológica, que diminuí a mulher, coisificando-a, ou ainda a violência sexual, que totaliza ambas, pois não apenas intenta contra o corpo físico, mas sobretudo deixa sequelas emocionais que podem nunca ser curadas.

Nesse aspecto, os dados apresentados nesse trabalho indicam com clareza que, mesmo a violência sendo compreendida sob a perspectiva de gênero, nesse ponto compreendida na



concepção de gênero apresentada por Scott (2010) enquanto modo de dar significado às relações de poder, ela incide sobre mulheres com muito mais frequência e, quando isso ocorre, os agressores/abusadores são quase que na sua totalidade homens.

Logo, e por essa razão, além de todas as demais expostas ao longo desta pesquisa, enfatizamos a violência contra mulheres enquanto categoria de análise própria, circundada por significados próprios e que não está desassociada da violência de gênero, mas que com ela não se confunde, nem se mistura.

No que tange à leitura e descrição da legislação dos países estudados, bem como dos Protocolos e Guias de cada hospital de referência, mencionados no Capítulo II deste trabalho, e a análise das falas dos entrevistados, no Capítulo III, indicam percepções e considerações acerca da proposta dessa pesquisa.

Antes, porém de expô-las, cabe esclarecer que por não ser nosso foco de análise, não realizamos um trabalho de campo que fosse capaz de acompanhar o atendimento às vítimas por um período determinado de tempo, de modo a averiguar se o que os profissionais fazem corresponde verdadeiramente ao que está descrito nos Protocolos e Guias das instituições e na legislação de cada país. Nossa proposta era a de realizar um estudo comparado em que pudessemos analisar, no Brasil e na Espanha, o que dizia essa legislação, o que estava designado nos Protocolos das instituições e o que pensavam os profissionais de cada uma delas em relação às políticas de garantia dos direitos das mulheres, sobretudo aquelas que foram vítimas de violência sexual.

Observou-se, pelas falas dos entrevistados, que cada país, a seu modo e dentro de suas condições estruturais, cumpre essa assistência e tem estabelecido estratégias, tanto em âmbito jurídico quanto social e assistencial, para dinamizar e efetivar práticas que possibilitem de forma contundente a garantia dos direitos fundamentais às mulheres, de viver uma vida digna e sem violência.

Na Espanha, percebemos que o serviço está bem estruturado e conectado. Nas falas dos entrevistados, todos eles se referiram ao Circuito Barcelona Contra a Violência às Mulheres enquanto um sistema coordenado que busca conciliar teoria e prática, de modo a favorecer assistência mais equânime a essas vítimas, haja vista a diversidade de locais pelos quais precisam passar em decorrência da violência sexual. Mencionaram a ativação do Circuito em caso de denúncia, as demais entidades e profissionais envolvidos num discurso coeso; a variação, às vezes, era apenas na ordem como eles descreviam cada etapa. Destaquemos que o Hospital Clínico foi sempre mencionado como referência no atendimento a mulheres adultas; o Hospital São João de Deus o atendimento a crianças e adolescentes; a

participação da Polícia Regional de Barcelona; a necessidade de acompanhamento em casos de medicação e a intervenção psicológica realizada em momento posterior ao atendimento hospitalar.

A questão conceitual apresentou variação de compreensão em relação aos profissionais entrevistados, e observou-se que os aspectos jurídicos se sobrepõem, em alguns momentos em relação às demais definições, ensejando contradições sensíveis que se repercutem na prática, e contribuem em certa medida para a perpetuação da violência.

Acerca das legislações, o HC e o Hospital São João de Deus mostraram ter conhecimento e entendimento de seu contexto de criação, de suas especificidades e foram capazes de, num processo crítico, reconhecer as falhas do sistema, considerando fatores históricos importantes ao mencionarem, por exemplo, a crise econômica vivida no país nos últimos anos, que limitou recursos inclusive para a área da saúde.

Numa observação das estruturas de atendimento, não podemos deixar de mencionar nossa constatação acerca dos prédios que, mesmo sendo públicos e antigos, estavam extremamente conservados e dispunham de tecnologia avançada para atender à população em geral, com destaque para o Instituto Médico da Catalunha, um dos mais modernos do país. Excepcionalmente, a vítima precisa comparecer ao IML em Barcelona, mas quando isso é necessário ela se depara com uma sala de atendimento, consultórios específicos para realizar qualquer tipo de exame, ambiente que muito pouco se parece com um IML. Os cadáveres são autopsiados, identificados e guardados em um andar específico para esse trabalho; não há odores que possam ser sugestivos do tipo de atividade que aquele prédio realiza. No HC, houve uma reforma recente, que incluiu os ambientes para atendimentos de urgência e emergência, aonde as vítimas chegam inicialmente. O local, embora reconhecidamente um ambiente hospitalar, encontrava-se limpo, bem sinalizado, com funcionários facilmente identificáveis, as salas bem organizadas e, assim como o IML, sem qualquer odor que sugerisse se tratar de um hospital, principalmente público, o que demonstra a preocupação da gestão hospitalar em relação a esses aspectos de limpeza, conservação e organização.

Precisamos ainda enfatizar a admirável estrutura do Hospital São João de Deus, também público, onde as vítimas atendidas são crianças e adolescentes. Um local memorável, limpo, muito bem sinalizado que, em muito pouco, lembra um hospital. Há rampas largas, escadas rolantes, um piso bem claro, que contrasta com enfeites coloridos, infantis, totens com réplicas de animais que compunham um ambiente pueril extremamente acolhedor. À nossa saída, observamos um dos trabalhos realizados no hospital, que é a visita guiada de animais às crianças doentes. Cães, por exemplo, fazem parte do tratamento das crianças. Elas

riam e brincavam muito à vontade com aqueles animais, que estavam acompanhados de instrutores e eram dóceis com todas elas.

Assim, o que verificamos, em relação aos atendimentos às vítimas de violência sexual, indica que, mesmo que a Espanha ainda esteja vivendo os reflexos da crise econômica de 2008, cuja repercussão se deu em nível mundial, a estrutura e a equipe de profissionais com quem estivemos oferecidas para e pelos serviços públicos, sobretudo as que envolvem o Circuito Barcelona de Violência contra Mulher, denotam um atendimento universal e de qualidade para as pessoas, em consonância com o que está previsto, não apenas na Constituição Espanhola, mas também na Lei 01/2004 e na 05/2008.

No Brasil, especificamente em Montes Claros, entretanto, a realidade que constatamos apresentou-se de forma diferente em diversos aspectos. Ao observarmos, desde a estrutura física dos ambientes, ao nível de conhecimento e entendimento dos profissionais em relação não apenas aos conceitos com que lidam diariamente, mas à legislação que versa acerca desses atendimentos, constatamos que os serviços têm cumprido a legislação no que tange ao atendimento das vítimas de violência sexual, contudo carecem de algumas observações.

Quanto aos profissionais entrevistados, embora todos demonstrassem ciência da importância e necessidade de um atendimento integrado, em alguns momentos percebemos que essa integração não decorre de um sistema complexo e coordenado, como o Circuito de Barcelona, cuja gestão vem do ente estatal. A ativação da Rede de Atenção à Violência, sobretudo em Montes Claros, demonstrou ser uma iniciativa das próprias instituições que, não dispendo de todos os serviços necessários, foram firmando parcerias com o município, com entidades não governamentais para que as vítimas pudessem dispor de uma assistência mais completa e direcionada.

Em relação aos conceitos acerca das definições sobre os diversos tipos de violência contra mulheres, eles não são claros e praticamente todos os profissionais entrevistados, e muitos deles entendem ser tudo uma coisa só, não sabem distinguir as categorias, nem as implicações jurídicas e sociais que cada um deles assume.

Aqueles que trabalham em áreas ligadas à saúde, como o coordenador do IML e a equipe do CERDI, bem como a coordenadora do NAVCV mesmo lidando diretamente com as vítimas, compreendem violência de gênero e violência contra mulheres como uma categoria única, distinguindo apenas com certa clareza o que é violência doméstica, em decorrência das informações contidas na Lei Maria da Penha. A delegada possui maior entendimento em relação aos conceitos estudados, embora também enfatize o conceito de violência doméstica,

por ser este seu objeto de trabalho constante e por suas definições estarem expressas no texto da lei.

Quanto à legislação, os entrevistados demonstraram conhecimento e entendimento com maior propriedade dos instrumentos normativos com os quais lidam diariamente, em decorrência de seu trabalho. No Hospital Universitário Clemente de Faria –HUCF, o coordenador da Maternidade conhece com mais detalhes a Norma Técnica do Ministério da Saúde e as portarias interministeriais que dispõem sobre saúde. A responsável pela Enfermagem sabe da existência dos instrumentos, mas não lida diretamente com os atendimentos, e a equipe de Serviço Social sequer integra esse grupo, desconhecendo quase que por completo as normas e rotinas do serviço de atendimento às vítimas de violência sexual.

Alguns dos serviços em Montes Claros, a exemplo do IML, não dispõem de Protocolo interno de atendimento, sobre o qual é importante pontuar as dificuldades encontradas e relatadas acerca do atendimento, que vão desde a estrutura, cujas condições não são adequadas para atender nem aos cadáveres, tampouco às vítimas de violência que são para lá encaminhadas. O local não é de fácil acesso, possui um cheiro forte, as salas são pequenas, pouco arejadas, o ambiente para o atendimento às vítimas não apresenta um aspecto agradável nem mesmo acolhedor. Nesse sentido, podemos considerar que a possibilidade de coleta de material genético das vítimas pela equipe de ginecologistas do HUCF, conforme mencionado pelo Coordenador da Maternidade, e em cumprimento à Portaria Interministerial 288/2015, se constitui num ganho em termos de assistência, haja vista não ser necessário mais o deslocamento delas para um lugar em condições tão precárias.

Assim, é possível resumir que na perspectiva do estudo comparado, proposta por este trabalho, Espanha e Brasil atendem, conforme mencionamos, os requisitos mínimos necessários exigidos para que as vítimas de violência sexual sejam atendidas, entretanto de formas bem distintas.

Considerando as categorias de análise escolhidas e selecionadas, podemos concluir, por todo o exposto, que a Espanha, em especial a Catalunha e, portanto Barcelona dispõe de melhores condições em termos legislativos, estrutural e organizacional para atender às vítimas de violência sexual, em relação ao Brasil, em especial Montes Claros.

Verificamos que a legislação espanhola, tanto a Lei Orgânica/2004 quanto a Lei 05/2008, embora recentes, além de serem amplamente divulgadas, atendem certo modo às necessidades sociais e buscam definir os conceitos em relação à violência que incide sobre as

mulheres, instituindo medidas de ordem prática para resolver ou pelo menos para buscar alternativas que minimizem esse fenômeno social.

Nesse sentido, elas contribuem para aprimorar as questões estruturais e organizacionais à medida que orientam a criação de comissões e Protocolos de atuação validados cientificamente, que são cumpridos e monitorados de forma rigorosa pelos órgãos, entes e unidades envolvidos, contribuindo significativamente para melhorar o atendimento a essas vítimas, sobretudo quando se trata de violência sexual. Ademais, a estrutura oferecida nos locais de atendimento, evidenciadas nas visitas a campo, comprovou a importância dispensada pelo país ao tema, conforme já explicitado anteriormente.

No Brasil, a legislação que trata especificamente de violência contra mulheres é restrita à violência de âmbito doméstico e familiar (Lei Maria da Penha) e, embora tenha minimizado em certa medida os efeitos da violência com medidas mais céleres e punitivas, requer ainda uma série de aprimoramentos. Os demais tipos de violência são punidos pelo Código Penal Brasileiro, de 1940. Contudo, mesmo as alterações recentes, ocorridas em 2009, não têm se mostrado capazes de diminuir os índices de violência contra mulheres.

Em termos organizacionais, as políticas de governo, mesmo aquelas mais específicas, ainda são desconhecidas por grande parte dos profissionais que lidam com o tema da violência, além de a conceituação dos diversos tipos de violência não ser clara para eles, o que dificulta a realização de ações pontuais e a implantação de medidas para combater cada tipo específico de violência.

O que almejamos com os resultados desta pesquisa comparada foi estabelecer críticas ao sistema de funcionamento dos serviços que atendem essas vítimas tanto na Espanha, em Barcelona, quanto e sobretudo no Brasil, especificamente em Montes Claros.

Para, além disso, nossa proposta procurou demonstrar a realidade vivenciada nos dois países e elucidar, por meio da pesquisa empírica, uma experiência diferente daquelas encontradas no Brasil, que nos possa servir de norte e parâmetros para aprimorar o que já existe e iniciar novas ações. E que estas ações, face a realidade do país possam vir se tornar políticas públicas, com o objetivo de melhorar e de ampliar a assistência prestada às vítimas de violência sexual, visando garantir os preceitos básicos de dignidade que lhes foram suprimidos, para que continuem a viver uma nova vida, sem violência.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, V. Rede: uma abordagem operativa. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2287.htm>>. Acesso em: 06 de Jan. 2016.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BONI, Valdete; Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*. Vol. 2, nº 1 (3), janeiro-julho/2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 18 dez 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília, DF: [s.n.], 2003. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm)>. Acesso em: 18 mai. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Brasília, DF: [s.n.], 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 18 mai. 2015.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Brasília, DF: [s.n.], 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm)>. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 07 dez. 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18072.htm)>. Acesso em: 03 Set. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n.], 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 25 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as mulheres. Norma técnica: atenção humanizada as pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. 1. ed. atual. e ampl., 1. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Justiça, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. atual. e ampl., 1ª reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. Projeto Nascer / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto\\_nascer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf). Acesso em 25 março 2015:

BRASIL. Pacto Nacional de Enfrentamento da Violência no Brasil. Disponível em <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/pacto-nacional>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra Mulheres.(2003) Disponível em:< <http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional> >. Acesso em: 05 mar. 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial 485/2014, de 01 de abril de 2014. Brasília, DF: [s.n.], 2014.

Disponívelem:<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html) >. Acesso em: 25 set. 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial 488/2015,de 25 de março de 2015. Brasília, DF: [s.n.], 2015. Disponível em: <[http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/08/portaria-interministerial288-2015\\_SPM-MS-MJ\\_violencia-sexual.pdf](http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2015/08/portaria-interministerial288-2015_SPM-MS-MJ_violencia-sexual.pdf) >. Acesso em: 25 set. 2015.

CORREA, S. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, v. 10, n. 1/2, p. 3-12, 1993. Disponível em: <<http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/>>

ESPAÑA. Ley Organica 01/2004. Dispõe sobre as medidas de proteção integral contra a violência de gênero. Disponível em: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2015.

ESPAÑA. Gobierno da Espanha. Informe de avaliação dos três anos da entrada em vigor da Lei orgânica 01/2004 em el âmbito autonómico (2009). Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/gl/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/home.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

ESPAÑA. Informe de Evaluacion a los diez años de entrada em vigor de la Ley Organica 1/2004 em el âmbito autonómico (2015). Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/gl/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/home.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

ESPAÑA. Ley 5/2008, de 24 de abril, Del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Espanha, 2008, p. 25174- 25194. Disponível em: <[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9294.pdf](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-9294.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2015.

ESPAÑA. Medidas urgentes em la lucha contra la violencia de gênero, 2006. p.2. Disponível em:< [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Medidas\\_Urgentes\\_lucha\\_contra\\_Violencia\\_Genero\\_aprobadas\\_CMinistros\\_15\\_12\\_2006.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Medidas_Urgentes_lucha_contra_Violencia_Genero_aprobadas_CMinistros_15_12_2006.pdf) >. Acesso em: 15 mai. 2015.

ESPAÑA. Plan de acción y desarrollo de las políticas de mujeres en Cataluña (2005-2007). Sexto eje: abordaje integral de las violencias contra mujeres, por meio do Programa para el abordaje integral de las violencias contra mujeres (2005-2007). Disponível em: <[http://dones.gencat.cat/web/.content/03\\_serveis/docs/publicacions\\_eines02cast.pdf](http://dones.gencat.cat/web/.content/03_serveis/docs/publicacions_eines02cast.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2015.

FRANCO, Maria Ciavatta. Quando nós somos o outro: questões teórico-metodológicas sobre os estudos comparados. *Educação & Sociedade*, ano XXI, n. 72, p. 197-230, 2000.

GONZÁLEZ, Rey. *Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GREGORI, Maria Filomena. *Cenas e queixas*. Um estudo sobre mulheres, relações violentas e prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GUIA ASSISTENCIAL DE LA VIOLENCIA SEXUAL – Hospital Clínico de Barcelona. Protocolo Interno, 2012.

HIRATA, Helena; LABORIE, Francois e; DOARÉ, Heléne Le; SENOLTIER, Daniele. *Diccionario Crítico Del Feminismo*. Madrid: Editorial Sintesis, 2002.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Trad. Célia Neves; Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LIMA, Claudia Araújo de; DESLANDES, Suely Ferreira. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saúde Soc.* São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Retirado do artigo disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2015.

LISBOA, Manuel. Violência e Género. Inquérito Nacional sobre a Violência exercida contra Mulheres e Homens. Coleção Estudos de Género 6; Lisboa, 2009.

LISBOA, Manuel. Palestra proferida no V Colóquio Internacional: a universidade e os modos de produção do conhecimento – para que desenvolvimentos?, promovido pelo Programa de Pós Graduação em desenvolvimento Social – PPGDS, na Universidade Estadual de Montes Claros, entre os dias 02 e 04 de setembro de 2015.

LLANES, Maria Isabel. *Del sexo al género*. La nueva revolucion social. Cidade: Navarra Ediciones Universidad de Navarra, AS (EUNSA), 2010.

MACEDO, Luiz Antônio. *Concepções dos Clássicos da Economia Política e de Marx Sobre Desenvolvimento Socioeconômico*, 2010.

MAIA, Cláudia de Jesus; CALEIRO, Regina Célia Lima (Orgs.). *Mulheres, violência e justiça no norte de Minas*. São Paulo: Annablume, 2012.

MENDEZ, Irene López. Género em la agenda internacional de desarrollo. Un enfoque de derechos humanos. Disponível em: <<http://www.mujeresenred.net/spip.php?article267>>. Acesso em: 17 dez. 2015.



NUSSBAUM, Martha C. *Las mujeres y el desarrollo humano*. 2.ed.Barcelona: Editora Herder, 2002.

OLIVEIRA, F. *Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades*. Apresentado no seminário Combate à Violência contra a Mulher, promovido pelo Conselho Estadual da Mulher. MG, 29 e 30 de novembro de 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Disponível em: <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf)> . Acesso em: 25 mai. 2015.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, p. 25-32, 1998.

PARPAT, Jane. *Perspectives on theory and gender*. In: Marchand, M.; PARPART, J. (eds.) *Feminism, postmodernism, development*. London: Routledge, 2010.

PNUD, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Residência*. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2015.

PORTO, Maria Stela Grossi. *Sociologia da Violência*. Brasília: Verbena Editora, 2010.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTOS ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA – HUCCF. Protocolo Interno. Atualizado em 2011.

PROTOCOLO DE VALORACION DEL RIESGO DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA O EX PAREJA. RVD-BCN. Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres. Barcelona: 2012.

RICHTER, Leonice Matilde. Clássico marxista: dialética do concreto. *Revista educação e políticas em debate*. V. 1, n. 1, jan./jul., p.236-248, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/viewFile/17383/9538>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

RUIZ, I. *et al.* La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *GacSanit*, 20 (3), 202-8, 2006.

SANTOS, C. M.;IZUMINO, W. P. (2005). Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. E.I.A.L. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2015.

SARTORI, Giovanni. *Comparación y Método Comparativo*. In: MORLINO, Leonardo; SARTORI, Giovanni (Orgs.). *La Comparación em las Ciencias Sociales*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. Lilia Blima Schaiber ... [et al]. – São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online], n. 5, vol.41, p. 797-807, 2007.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Trad. Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila, 1989.

SEN, Amartya Kumar. *Desenvolvimento como liberdade*. Trad.: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SMITH, Adam. *A riqueza das nações: investigação sobre sua natureza e suas causas*. São Paulo: Abril Cultural, 1983. Coleção Os economistas.

SUAREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes. Introdução à violência de gênero e crime no Distrito Federal. In: *violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora universidade de Brasília, 1999. p. 9-517.

TUBERT, Silvia. *Del sexo al gênero*. Los equívocos de um concepto. 2. ed. Cidade: Barcelona. Editora, 2011.

VIVALDI, Maria Isabel Matamala. Los Derechos económicos, sociales y culturales la erradicacion de las desigualdades de gênero. In: LATORRE, Ximena Erazo; PAUTASSI, Laura; SANTOS, Antonia (eds.). *Exigibilidad y realizacion de derechos sociales: impacto em la política pública*. Santiago: LOM Ediciones, 2010.p. 221-238.

## ANEXOS

Referências das entrevistas realizadas:

### I) Na Espanha

**Entrevista 1 (E1)** – Realizada com o médico Diretor de Qualidade e Segurança e responsável pelo atendimento de violência sexual do Hospital Clínico (HC), em Barcelona Dr. Manel Santinã, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 2 (E2)** – Realizada com a médica responsável pelo Serviço de Doenças infecciosas do Hospital Clínico (HC), em Barcelona Dra. Leon, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 3 (E3)** – Realizada com o responsável pelo Instituto de Medicina Legal da Catalunha (IML), em Barcelona Dr. Jorge Medalio, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 4 (E4)** – Realizada com a assistente social responsável pelo atendimento de violência sexual do Hospital São João de Deus (HSJD), em Barcelona Sra. Cristina Macias, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 5 (E5)** – Realizada com a referência técnica do Consórcio Sanitário e pelo Circuito Barcelona contra a violência às mulheres, em Barcelona, Sra. Anna Ballesteros, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 6 (E6)** – Realizada com a enfermeira responsável pelo atendimento de violência sexual do Hospital Clínico (HC), em Barcelona Dr. Teresa Echevarria, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 7 (E7)** – Realizada com a capitã da Polícia Regional de Barcelona (Polícia Autônoma/Mossos d'esquadra) de Barcelona, capitã Zamorano, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 8 (E8)** – Realizada com o assistente social responsável pelo atendimento de violência sexual do Hospital Clínico (HC), em Barcelona, Sr. Ferran Céspedes, em julho de 2015, tradução nossa.

**Entrevista 9 (E9)** – Realizada com o psicóloga responsável pelo atendimento de violência sexual do Hospital Clínico (HC), em Barcelona, Sr. Anna Torres, em julho de 2015, tradução nossa.

## **II) No Brasil**

**Entrevista 10 (E10)** – Realizada com uma das psicólogas responsáveis pelo atendimento de violência sexual do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), em Montes Claros, Sra. Aldenise de Freitas Athayde, em outubro de 2015.

**Entrevista 11 (E11)** – Realizada com a coordenadora responsável pelo Núcleo de Atendimento às vítimas de Crimes Violentos (NACVC), em Montes Claros, Sra. Dayse Moura Menezes, em outubro de 2015.

**Entrevista 12 (E12)** – Realizada com a Delegada responsável pela Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM), em Montes Claros, Sra. Karine Maia Costa de Faria, em outubro de 2015.

**Entrevista 13 (E13)** – Realizada com o médico e coordenador responsável pelo Instituto de Medicina Legal de Montes Claros (IML) em Montes Claros, Dr. Giuliano Flavio Gabrich, em outubro de 2015.

**Entrevista 14 (E14)** – Realizada com a equipe responsável pelo Centro Especializado de Referência de Doenças Infecciosas (CERDI), em Montes Claros que incluem a médica, Dra Rosana Fátima M. F. Braga, o bioquímico, Sr. Mauro Jose G. Roque e o psicólogo Sr. Antonio Carlos Ferreira, em outubro de 2015.

**Entrevista 15 (E15)** – Realizada com a coordenadora e assistente social responsável pelo Serviço Social do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), em Montes Claros, Sra. Ellen Cristiane Borges Martins, em novembro de 2015.

**Entrevista 16** (E16) – Realizada com a enfermeira e gerente responsável pela equipe de enfermagem da maternidade do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), em Montes Claros, Sra. Leidiane Ruas Mendes, em outubro 2015.

**Entrevista 17** (E17) – Realizada com médico ginecologista e obstetra coordenador e responsável pela Maternidade Maria Barbosa pelo atendimento de violência sexual do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), em Montes Claros, Dr. Laércio Fonseca Costa, em dezembro 2015.

**QUADRO 6– Enfoques de desenvolvimento e de mulher/gênero (p. 30)**

<b>Enfoque Mujer/Género</b>	<b>Concepto de Desarrollo</b>	<b>Tipos de Proyectos/ Programas</b>	<b>Descripción</b>
<p>Bienestar (1950-70) Satisfacer necesidades derivadas de su papel de esposa y madre. Se busca el bienestar de la familia y los niños. Centrado em mujeres pobres.</p>	<p>Crecimiento Acelerado centrado en: Crecimiento económico, Fortalecimiento de la industria Construcción de infraestructura, Estado como proveedor, Centralismo, Capacitación de la fuerza de trabajo.</p>	<p>Servicios y programas específicos: Relacionados con nutrición, salud, economía familiar, atención a los niños, planificación familiar. Construcción de centros de salud.</p>	<p>Mujeres vistas desde su rol productivo como su único rol. Mujeres como beneficiarias pasivas marginales del desarrollo y como receptoras de ayuda externa Enfoque en necesidades practicas.</p>
<p>Autosuficiencia Económica o Antipobreza (1970-85) Enfoque en promoción de autosuficiencia económica de las mujeres como medio para lograr autonomía e independencia. Importancia del papel de la mujer como generador (secundario) de ingresos para el hogar. Mujeres vistas como medio para satisfacer necesidades básicas del hogar.</p>	<p>Crecimiento y distribución. Conciencia de que los beneficios del crecimiento económico no se distribuyen equitativamente de modo automático. Modelo de satisfacción de necesidades básicas como "primer escalón" para el desarrollo. Continua inversión em infraestructura Estrategia de creación de empleo.</p>	<p>Capacitación en habilidades productivas. Apoyo a microempresa y sector informal. Atención a la mujer rural Programas masivos de planificación familiar, como estrategia para el control de la natalidad.</p>	<p>Las habilidades productivas están asociadas con roles tradicionales (coser, cocinar, cuidar). Aún se considera como secundario y complementario el aporte económico de las mujeres. Programas/proyectos aislados, específicos, puntuales, de bajo impacto y productividad. La responsabilidad de la planificación recae solo en las mujeres.</p>
<p>Mujer como recurso, Enfoque Instrumental ó Enfoque Mujer en Desarrollo 1978-80's) Valoración económica del aporte del trabajo de las mujeres como factor productivo. Mujer como capital humano subdesarrollado, marginal, con necesidad de ser integrado y calificado. Enfoque em actividades productivas y comunitarias de mujeres.</p>	<p>Eficiencia Económica. Ajuste estructural como respuesta a crisis económica causada por la deuda externa. Se busca aumento de la eficiencia económica y de la productividad, énfasis en exportaciones, búsqueda de bienestar económico de la población, uso de indicadores macroeconómicos para evaluar el desarrollo. Política Social: Focalización en "grupos vulnerables" (mujeres, niños, ancianos y discapacitados) Disminución del gasto social.</p>	<p>Integración de la mujer al desarrollo. Análisis de las actividades productivas de las mujeres y búsqueda de calificación a través de capacitación. Acceso de las mujeres a factores de producción: crédito, comercialización, tecnología apropiada. Proyectos productivos demostrativos, acceso a empleo. Mujeres como recurso para satisfacción de necesidades de la comunidad.</p>	<p>La labor domestica aún no se reconoce como trabajo. Sobrecarga de responsabilidades para las mujeres: doble y triple jornada. Tiempo de las mujeres usado para solucionar la carencia de servicios sociales. Trabajo comunitario no remunerado ni valorado. Los programas/proyectos dirigidos a las mujeres son marginales, puntuales y de muy bajo estatus institucional.</p>

<p>Planeación con Perspectiva de Género - Transición- Inicio del cambio: de programas específicos dirigidos a mujeres, a integración estructural de la perspectiva de género a los procesos de planeación. Intento de unir la redistribución económica con la equidad de género. Búsqueda de un estatus más alto dentro del Estado, para instancias que trabajan el tema de mujer/género.</p>	<p>Apertura Económica. Liberalización de la economía. Reforma política e institucional. Modernización del Estado y descentralización.</p>	<p>Institucionalización de la Perspectiva de Género. Énfasis en capacitación en perspectiva de género a funcionarios del Estado. Trabajo específico por sectores para buscar la adecuación institucional e integración del enfoque de género. Producción de estadísticas, desagregadas por sexo. Continuación de programas específicos.</p>	<p>En esta etapa conviven programas y proyectos de todos los enfoques anteriores. La institucionalización es aun incipiente. Aún cuando ha habido grandes avances, todavía no hay condiciones equitativas para las mujeres. Se requiere un cambio cultural a largo plazo.</p>
---	---	---	---

FONTE: Grupo Consultivo en Género (GCGEMA- FAO), 1996