

TEXTO 03

Estudo de Caso: A Violência Sexual por um Parceiro Íntimo e as políticas de enfrentamento.

A violência contra as mulheres (VCM) pode assumir múltiplas formas não excludentes. Embora os tipos mais difundidos pela mídia sejam as agressões físicas e emocionais cometidas por parceiros íntimos (isto é, Violência Doméstica contra as Mulheres), a violência sexual cometida pelo parceiro íntimo frequentemente é um problema negligenciado, com baixo reconhecimento por parte da sociedade e das políticas públicas. Por isto é tão importante trazermos este debate no contexto da formação, principalmente se considerando o escasso debate sobre este tipo de violência.

A Violência Sexual por Parceiro Íntimo (VSPI) contra mulheres é qualquer ato sexual, conduta ou tentativa de ato sexual realizado por meio de força, intimidação ou insistência por um parceiro íntimo (Schraiber, Aguiar, Pereira, et al., 2023). Outros termos, como estupro marital, coerção sexual por parceiro íntimo, agressão sexual por parceiro íntimo e atividade sexual fisicamente forçada, fazem parte da abrangência da VSPI (Bagwell-Gray et al., 2015). Para Bagwell-Gray, Messing e Baldwin-White (2015), esses termos consideram tanto o tipo de atividade sexual — atos sexuais com penetração ou sem penetração — quanto o tipo de força empregada — força física ou força não física. Assim, o termo VSPI pode abranger todas essas formas de violência sexual contra a parceira feminina.

Outros tipos de violência sexual não são perpetradas por parceiros íntimos. De acordo com o relatório Estimativas de Prevalência da Violência contra as Mulheres (2018) da Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência sexual acometida por uma pessoa que não seja o parceiro íntimo é “qualquer ato sexual ou tentativa de obter um ato sexual mediante coerção”. Apesar de semelhante à VSPI, essa categoria inclui atos e tentativas cometidos “por perpetradores que não sejam o parceiro atual ou anterior, como parentes do sexo masculino, amigos, conhecidos ou desconhecidos”.

A violência por parceiro íntimo (IPV), incluindo sua manifestação sexual, constitui uma grave violação dos direitos humanos. É importante estudar essa forma específica de violência sexual, dentro de uma relação íntima, porque decorre da falta de reconhecimento desse problema, apesar do elevado número de casos, que, provavelmente, são subnotificados. Devido ao patriarcado e ao machismo generalizados em sociedades como as da América Latina, muitas mulheres não conseguem reconhecer plenamente quando seu parceiro íntimo foi abusivo com elas. Nesse sentido, a VSPI se insere na ideia do suposto dever da mulher de manter relações sexuais com o parceiro, independentemente de sua vontade. Dado esse papel culturalmente estabelecido das mulheres na família, a VSPI frequentemente é negligenciada ou ignorada nas políticas públicas nacionais voltadas ao enfrentamento da violência contra as mulheres (VCM).

A Violência Sexual por Parceiro Íntimo (VSPI) contra mulheres abrange qualquer ato sexual, comportamento ou tentativa de ato perpetrado por meio de coerção ou intimidação por um parceiro íntimo atual ou anterior (Schraiber, Aguiar, Pereira, et al.,

2023). Também denominada estupro marital ou agressão sexual por parceiro (Phiri-Alleman & Alleman, 2008), a VSPI é uma forma específica de Violência por Parceiro Íntimo (IPV). Em países da América Latina, como o Brasil, a VPI é comumente chamada de Violência Doméstica contra as Mulheres e ocorre com frequência. Apesar de sua prevalência, a IPSV é frequentemente sub-reconhecida devido à sua natureza cultural complexa e multifacetada.

Outras formas de violência que geralmente ocorrem conjuntamente com a violência sexual incluem a física, psicológica, econômica e moral. Embora a violência física e psicológica sejam amplamente reconhecidas e discutidas na sociedade, a violência sexual dentro das relações permanece menos estudada e menos visível. Essa lacuna ressalta a necessidade de compreender melhor a VSPI, especialmente porque as sobreviventes — em sua maioria mulheres — nem sempre a reconhecem como abuso.

Outros termos mencionados anteriormente, como estupro marital, coerção sexual por parceiro íntimo, agressão sexual por parceiro íntimo e atividade sexual fisicamente forçada, fazem parte da classificação e compreensão da VSPI (Bagwell-Gray et al., 2015). No entanto, por exemplo, uma mulher que sofre violência sexual de um namorado pode não reconhecer a violação como estupro marital por não ser casada, enquanto uma mulher casada pode não considerar que o que sofre seja estupro porque conhece o agressor. Em certa medida, ela “concordou” (ainda que após muitos argumentos insistentes do parceiro) em manter relações sexuais. O uso do termo Violência Sexual por Parceiro Íntimo (VSPI) contra mulheres é um esforço para tornar a terminologia consistente e abranger mulheres independentemente do tipo de relação que mantêm (casamento, namoro ou relacionamento casual) e do tipo de força empregada — física, intimidatória ou por insistência. Esse esforço contribui para nomear adequadamente a variedade de formas de violência sexual nas relações.

Desafiando uma crença social amplamente difundida, Watts e Zimmerman (2002) apontam que, embora seja comum imaginar o estupro como um ataque violento cometido por um estranho em uma rua escura e vazia, a maioria das violências sexuais forçadas é perpetrada por homens conhecidos da menina ou da mulher. Como a VSPI não necessariamente envolve força física, ela pode não se enquadrar na percepção social de estupro. Durante entrevistas realizadas durante pesquisa realizada pela autora, foi possível constatar que muitas mulheres no Brasil e no México não reconhecem determinadas formas de violência sexual porque consideram a relação sexual com o parceiro como “normal” — mesmo quando ocorre contra sua vontade ou de maneiras às quais não consentiram.

As consequências negativas da VSPI podem resultar em problemas de saúde física e mental de curto e longo prazo para a mulher vítima. Segundo a OMS, os impactos incluem pensamentos suicidas, gestações não intencionais, aborto induzido, infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV, outros problemas ginecológicos e maior probabilidade de aborto espontâneo caso a mulher esteja grávida, além de depressão e transtorno de estresse pós-traumático, entre outros.

Esse fenômeno pode ser explicado pelos papéis centrais que o patriarcado e o machismo desempenham nas esferas global, cultural, política e econômica. Como consequência, as mulheres se encontram em posição de vulnerabilidade diante de seus agressores, a maioria dos quais são homens. Diante dos altos índices de violência contra as mulheres em todo o mundo e além da necessidade essencial de apoio jurídico e proteção legal, a OMS considera a violência contra as mulheres uma pandemia de saúde pública, por se tratar de um problema global generalizado que afeta milhões de mulheres e meninas. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) “identificou o machismo, o patriarcado e a prevalência de estereótipos sexistas, bem como a discriminação histórica enraizada no tecido social, aliados à tolerância social à violência contra as mulheres em todas as suas dimensões: física, psicológica, sexual, econômica e outras” (2023: 53).

A natureza multifacetada de diversas violações de direitos humanos manifesta-se tanto no espaço público quanto no privado em sociedades patriarcais. Brysk (2018) adota perspectiva semelhante ao afirmar que a decisão de perpetrar violência está enraizada em um “contexto social de conflitos, competição por recursos, status social, instituições de autoridade e papéis de gênero (...) na socialização e nas relações de poder dentro de um domicílio ou grupo familiar; e nos recursos emocionais e materiais, necessidades, crenças e histórico do indivíduo” (p. 7). Destaco que o machismo desempenha papel relevante nesse fenômeno, devido à valorização da performance da masculinidade, que culmina na desvalorização do papel feminino na sociedade e na percepção de mulheres e meninas como cidadãs de segunda classe. A partir dessa compreensão, reforçam-se as diferenças de papéis por meio da violência, violando seu bem-estar (Brysk, 2018; Patrașcu, 2024).

As políticas públicas são o meio mais comum de enfrentar problemas sociais, uma vez que estes são identificados. Elas exigem ações estatais e capacidade institucional para garantir o bem-estar público, como exemplificado pela questão da autodeterminação das mulheres. Segundo Vázquez e Delaplace (2011), o desenvolvimento de uma política pública envolve várias etapas fundamentais: **identificar o problema, propor possíveis soluções, tomar decisões, implementar essas decisões (legislações, programas, serviços, protocolos etc.) e avaliar os resultados**. Esse processo cíclico é essencial, pois os problemas sociais estão em constante transformação, exigindo abordagens adaptativas e inovadoras. As políticas raramente resolvem questões de maneira simples; o que importa é o grau de sua eficácia. Agora vamos avaliar como o Brasil lida com casos de Violência Sexual pelo Parceiro Íntimo.

1.1 Política do Brasil para Enfrentar a Violência Sexual por Parceiro Íntimo

Apresentaremos o caso brasileiro enquanto um dos estudos de caso de uma pesquisa que avaliou os processos, as criações de leis e protocolos e as dificuldades à implementação de políticas para enfrentar a Violência Sexual por Parceiro Íntimo (VSPI). O país possui uma das legislações e políticas mais abrangentes do mundo para enfrentar a Violência Doméstica contra as Mulheres (VPI). A legislação, denominada Lei Maria da Penha (LMP), foi criada em 2006; em 2011, foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), cuja elaboração teve início em 2004.

Esses marcos legais representam a forma como o Estado brasileiro buscou proteger, respeitar e atender às demandas das mulheres brasileiras por uma vida livre de violência, sendo resultado de pressões internacionais e do trabalho de movimentos feministas, sociais e políticos locais. Na história de implementações de políticas sociais na América Latina, governos que estavam alinhados a movimentos sociais de base, que reconheciam a necessidade de desenvolver políticas voltadas às mulheres, tendo, no Brasil, inclusive criado uma Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres em 2003.

Violência Sexual por Parceiro Íntimo e seus Marcos Legais no Brasil

O estudo sobre o caso brasileiro foi realizado em Recife e São Paulo. Essas cidades foram selecionadas devido às suas grandes populações e à presença de diversos centros de serviços públicos que apoiam mulheres em situação de violência por parceiro íntimo.

Como apresentado anteriormente, o Brasil possui dois marcos legais centrais para lidar com a Violência Doméstica Contra as Mulheres e sua forma sexual. Embora o Política Nacional Para Mulheres (PNPM) reconheça a violência sexual contra mulheres e meninas, ele não aborda explicitamente a IPSV nem seu sinônimo amplamente reconhecido, o estupro marital. No entanto, com base nessa política, o Estado deve coordenar redes de serviços jurídicos, sociais, de saúde, segurança, educação e trabalho para mulheres que vivenciam qualquer forma de violência. Além disso, no Sistema Único de Saúde, está estabelecida nacionalmente a notificação compulsória de casos de violência de gênero contra mulheres. Entre as principais prioridades descritas no plano de ação, especificamente no enfrentamento da violência contra as mulheres (VCM), estão a promoção de medidas preventivas contra a violência doméstica (ou seja, violência por parceiro íntimo) e sexual, bem como a garantia de acesso à saúde para mulheres afetadas por essas formas de violência.

Entretanto, a política continua sendo atualizada dentro do Plano de Governo de cada gestão eleita, a cada quatro anos, que deve listar novos programas, prioridades e investimentos. A consistência do plano pode representar a continuidade de uma orientação política e econômica em relação ao regime de gênero, que servirá à sociedade. Na última década, metas e prioridades adicionais foram estabelecidas, com renovado foco no enfrentamento da Violência Doméstica, o que é particularmente relevante neste contexto. Por exemplo, a criação de centros integrados de atendimento, conhecidos como Casa da Mulher Brasileira (CMB), que reúnem versões integradas de Delegacias da Mulher, serviços psicossociais, Varas de Família, Unidades de Saúde, Institutos de Medicina Legal e abrigos, foi introduzida em 2015. O Ministério das Mulheres já tem reservas de investimento para implementar mais equipamentos em todo o Brasil, como em Pernambuco.

Essas unidades têm como objetivo facilitar o acesso das mulheres aos serviços públicos, eliminando a necessidade de se deslocar a vários locais para registrar denúncias, receber atendimento médico, obter Medidas Protetivas (MP), realizar exames periciais e acessar outros recursos essenciais.

Embora o PNPM seja considerado um marco nas políticas públicas brasileiras, a Lei Maria da Penha permanece como o instrumento jurídico mais significativo para regulamentar e combater a Violência Doméstica em todas as suas formas. Por essa razão, o foco recairá mais sobre a LMP (Lei nº 11.340/06) do que sobre o PNPM.

O termo “sexual” é mencionado 11 vezes na Lei Maria da Penha. A lei define violência sexual como “qualquer conduta que constranja a pessoa a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força (...)” (Lei Maria da Penha, 2006, Artigo 7º). A lei estabelece que as mulheres têm direito ao acesso a “serviços de contracepção de emergência, profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), bem como outros procedimentos médicos necessários e adequados nos casos de violência sexual” (Lei Maria da Penha, 2006, Artigo 9º), e que a Medida Protetiva deverá ser concedida em caso de risco à integridade física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral da vítima ou de seus dependentes (Lei Maria da Penha, 2006, Artigo 18).

A relação entre esses dispositivos legais e as práticas cotidianas nos serviços públicos será melhor demonstrada na próxima seção. No estudo realizado vieram a tona desafios persistentes e áreas que necessitam de aprimoramento, muitos dos quais estão alinhados aos objetivos delineados no PNPM. Durante as entrevistas, alguns dos principais problemas mencionados pelos(as) profissionais incluíram a falta de reconhecimento e as barreiras culturais relacionadas às mulheres que vivenciam VSPI, bem como a falta de capacitação e problemas estruturais nas políticas do sistema jurídico.

Apresentando o estudo de caso

Perfil das(os) Participantes

As entrevistas tiveram como foco discutir as barreiras que profissionais da linha de frente puderam apontar em relação aos desafios e obstáculos para melhor apoiar mulheres que sofreram violência sexual perpetrada por parceiro íntimo (atual ou ex). Em Recife, entrevistei 14 profissionais do Centro de Atendimento Público para Enfrentamento da Violência Doméstica e do Centro de Referência em Saúde para o Enfrentamento da Violência Sexual, ambos vinculados à política pública e com funcionamento 24 horas por dia, além de organizações não governamentais (ONGs). Entre os (as) participantes estavam: assistentes sociais, psicólogas(os), advogadas(os), médicas(os) e enfermeiras(os). Em São Paulo, entrevistei seis profissionais do Centro de Atendimento Público para Enfrentamento da Violência Doméstica, que funciona das 8h às 17h, e de uma ONG. Não obtive autorização para entrevistar profissionais do Centro de Referência em Saúde para o Enfrentamento da Violência Sexual.

Nesse contexto, participaram das entrevistas um total de 17 mulheres e três homens, que responderam ao mesmo conjunto de nove perguntas.

Participantes:

P1	Advogado(a)
P2	Psicóloga(o)
P3	Assistente Social
P4	Assistente Social
P5	Psicóloga(o)
P6	Psicóloga(o)
P7	Psicóloga(o)
P8	Assistente Social
P9	Psicóloga(o)
P10	Médica(o)
P11	Enfermeira(o)
P12	Enfermeira(o)
P13	Assistente Social
P14	Médica(o)
P15	Psicóloga(o)
P16	Psicóloga(o)
P17	Psicóloga(o)
P18	Psicóloga(o)
P19	Assistente Social
P18	Psicóloga(o)

Tabela 1: Profissionais brasileiras(os) da linha de frente participantes e suas profissões.

Todas(os) as(os) profissionais entrevistadas(os) no Brasil compreendem que a VSPI é uma atrocidade que faz parte da realidade de mulheres que vivenciam relações marcadas pela violência. Também reforçaram que a violência sexual, bem como seus exemplos, está prevista na Lei Maria da Penha (LMP). Ademais, a lei estabelece que os três poderes do governo devem oferecer serviços especializados e profissionais capacitados para apoiar as cidadãs. Nesse cenário, em ambos os casos, entrevistei profissionais que atuam sob a administração municipal. Em Recife, apenas o Centro de Referência em Saúde para Violência Sexual está sob a autoridade do governo estadual (Pernambuco).

Como os Serviços Operam nas Políticas Públicas e nas ONGs

De modo geral, os centros de atendimento público e as ONGs operam de forma semelhante e seguem, em certa medida, os protocolos estabelecidos pela legislação. Enquanto os centros de atendimento exigem que as mulheres compareçam a um espaço físico, a ONG atua de forma on-line, por meio de redes sociais, plataformas de videoconferência e WhatsApp. As mulheres podem acessar esses serviços voluntariamente ou ser encaminhadas por outras instituições públicas, como hospitais, institutos médico-legais ou serviços da política de assistência social. Apesar da possibilidade de encaminhamento, uma das barreiras apontadas pelos(as) profissionais é que muitos trabalhadores de outros serviços — como hospitais e políticas sociais — não sabem como encaminhar uma mulher para centros públicos especializados em Violência Doméstica.

As(os) assistentes sociais geralmente são o primeiro ponto de contato quando as mulheres chegam a um centro de atendimento público. Elas(es) escutam as mulheres e coletam informações essenciais, incluindo dados pessoais, contexto social e econômico, a natureza da violência sofrida — sendo as mulheres questionadas especificamente sobre violência sexual — e informações sobre o agressor, entre outros dados relevantes. Essas informações são utilizadas para gerar relatórios que subsidiam políticas públicas e legislações, o que possibilita ajustes futuros quando necessário ou servem para a elaboração de relatórios técnicos. No entanto, os relatórios de dados mais recentes publicados pelo Senado brasileiro e por ONGs são baseados em pesquisas de opinião. Isso não está totalmente em conformidade com a legislação, que estabelece a coleta de dados e a produção de estatísticas como medidas de prevenção.

Em Recife, as mulheres podem receber acompanhamento psicoterapêutico de longo prazo, que em alguns casos pode se estender por vários anos. No entanto, segundo a coordenação de um dos centros de atendimento público, pode haver lista de espera. Ainda assim, uma(um) das(os) profissionais entrevistadas(os) destacou que o risco de feminicídio e de violência sexual torna essas mulheres prioridade na lista. Em São Paulo, embora os(as) profissionais tenham observado que os centros onde trabalham não oferecem formalmente serviços de psicoterapia, explicaram que as(os) psicólogas(os) mantêm contato regular com as mulheres, seja pelo WhatsApp ou por encontros presenciais nos centros de atendimento. Isso ocorre principalmente quando as vítimas apresentam pensamentos suicidas e geralmente dura por um período mais curto — entre seis meses e um ano —, não sendo caracterizado como psicoterapia formal. Em ambas as cidades, observei que a possibilidade de psicoterapia de longo prazo é essencial para que as mulheres superem os diversos tipos de violência sexual.

Ao lidar com a Violência Doméstica, as mulheres podem estar vivenciando todas as formas de violência combinadas. No entanto, é fundamental distingui-las para facilitar a avaliação durante a triagem inicial. Como afirmou uma assistente social de um Centro de Referência em Saúde para Violência Sexual:

P8 – Assistente Social: *“Quando você percebe, já está diante de uma violência mais grave, e quem sofre violência sexual dentro de um relacionamento geralmente também sofre violência psicológica, violência física e outras formas de abuso — elas não são separadas. Nós apenas as separamos para fins pedagógicos ou didáticos, para ajudar as pessoas a compreender.”*

Reconhecimento da Violência Sexual por Parceiro Íntimo

Em casos de VSPI é comum a violência psicológica ocorrer primeiro, como forma de diminuir a autoconfiança das mulheres e facilitar a prática de outros tipos de violência, incluindo a violência sexual. Devido à crença cultural de que mulheres com parceiro devem manter relações sexuais, muitas têm dificuldade em identificar a violência sexual dentro do relacionamento como uma forma de violência. A cultura do machismo em uma sociedade, exige a criação e a reforma de políticas e, uma vez que uma política de enfrentamento à violência contra as mulheres é implementada, por exemplo, ela pode contribuir para uma mudança cultural na forma como a sociedade percebe essa violência.

Para compreender adequadamente se as mulheres sofreram violência sexual por parte do parceiro, às vezes as(os) profissionais fazem perguntas utilizando exemplos e, quando as mulheres confirmam, explicam de maneira sensível que o que estão vivenciando constitui violência. Quando perguntei quantas mulheres, em termos percentuais (não se trata de dados oficiais), confirmam espontaneamente ou após serem estimuladas por meio de exemplos que sofrem IPSV, as(os) profissionais responderam:

P11 – Enfermeira: *“Estou aqui há 19 anos e posso dizer que a violência é muito prevalente, desde o cônjuge até aquele com quem ainda se mora junto (...) Não posso te dar um número exato, mas há muitos casos. No entanto, o que quero enfatizar é que, mesmo quando relatam, muitas vezes não reconhecem como violência.”*

P15 – Psicóloga: *“De todas as mulheres que atendi... 90%. Entre 85% e 90%. Elas não percebem como violência, mas dizem: ‘Ah, eu fiz porque sabia o que aconteceria depois.’ A partir disso, entendo que havia um contexto de coerção. Mas são muitas — quase todas, na verdade. A violência psicológica está presente em todos os casos, a violência física também está em todos [os casos], e a violência sexual é a terceira mais comum, aparecendo em 85% a 90% das mulheres que atendemos aqui.”*

P5 – Psicóloga: *“Acredito que a violência sexual ocorre em pelo menos 70% dos casos. Geralmente começa com a violência psicológica. A violência física é a última etapa, mas, quando ela acontece, a pessoa já passou por violência sexual, psicológica e econômica. Então o soco ou o tapa vêm por último, mas ela já sofreu todas as outras antes.”*

P14 – Médico: *“Mas parceiro íntimo, tipo... Você quer dizer namorado? Marido? Ah, há muitos casos. Não posso dizer a porcentagem, mas é a maioria [aqui].”*

Muitas mulheres atendidas nesses centros e serviço vivenciam VSPI, frequentemente sem reconhecê-la como abuso. Um relatório de 2023 do Fórum Brasileiro de Segurança Pública e do Instituto Datafolha mostrou que 33,4% das mulheres brasileiras já sofreram violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo ao longo da vida; a média global é de 27%.

Uma assistente social de um serviço público especializado em violência sexual afirmou que, anteriormente, o serviço era um espaço voltado principalmente ao atendimento de mulheres que sofreram violência por parte de desconhecidos. No entanto, isso começou a mudar após a pandemia, e os casos de violência sexual em relacionamentos íntimos tornaram-se mais frequentes. As mulheres recebem todo o suporte de saúde necessário, mas esses casos também são encaminhados aos serviços públicos especializados em violência doméstica.

De fato, a pandemia de COVID-19 levou a um aumento nos casos de Violência Doméstica e Violência Sexual por um Parceiro Íntimo devido aos períodos prolongados de isolamento em casa, o que aumentou o tempo de convivência das mulheres com seus agressores. Essa situação, combinada com fatores indiretos como a redução da renda familiar, o medo de contrair o vírus, o estresse relacionado ao possível desemprego e outros desafios associados, transformou os lares em ambientes altamente estressantes (Medindo a Sombra da Pandemia: Violência contra as Mulheres Durante a Covid-19, ONU Mulheres, 2021). Esse acúmulo de fatores estressores frequentemente resulta na escalada da violência.

Barreiras Culturais, Religiosas e Baseadas no Conhecimento e suas Implicações

As mulheres podem ter dificuldade em identificar a violência sexual por parceiro íntimo (IPSV) devido a diversas barreiras, incluindo crenças culturais e religiosas, dependência financeira e falta de conhecimento sobre seus direitos. Muitas mulheres percebem as relações sexuais como uma obrigação. No entanto, há diferenças na forma como a VSPI é enfrentada quando as mulheres são casadas, estão em relacionamentos de longa duração ou são mais maduras, em comparação com aquelas que estão namorando e são menores de idade. Por exemplo, nos casos de mulheres casadas ou em relacionamentos duradouros:

P13 – Assistente Social: *“Acredito que muitas vezes há um entendimento de que o sexo é uma obrigação da mulher dentro do casamento. Sinto que, muitas vezes, elas internalizam e naturalizam essa noção. Isso torna mais difícil reconhecer como um problema. Muitas vezes, identificam outras formas de violência, mas nem sequer mencionam a violência sexual. No entanto, durante a conversa, percebemos nas entrelinhas, nas palavras e em tudo o que expressam.”*

P16 – Psicóloga e Coordenadora: *“Existe uma crença cultural de que, por estar casada ou em um relacionamento, ela de alguma forma precisa estar disponível para o marido. Acho que essa crença cultural, que é muito forte, frequentemente influencia as percepções. Todos nós provavelmente já ouvimos um homem dizer algo como: ‘Se você não fizer aqui, eu procuro em outro lugar’, não é?”*

Por outro lado, quando envolve meninas menores de idade, a legislação brasileira considera como “estupro de vulnerável” as relações sexuais com pessoas menores de 14 anos ou com pessoas com deficiência. Profissionais que tomam conhecimento desses casos são obrigados a notificá-los ao Ministério da Saúde por meio de um sistema nacional e a realizar a notificação compulsória (Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN). Apesar desse arcabouço legal, muitas meninas não percebem a situação como grave. Elas frequentemente são influenciadas por noções de amor romântico, ignorando as possíveis consequências para seu futuro. Uma assistente social destacou essa situação:

P13 – Assistente Social: *“É desafiador porque elas estão nessa fase da adolescência, envolvidas por sentimentos românticos. ‘Eu quis, é o meu amor’, e assim por diante. ‘Todo mundo está querendo estragar a minha vida’... elas chegam com essa mentalidade. Então, falar sobre direitos sexuais e reprodutivos ou sobre o conceito de estupro de vulnerável é difícil, porque elas não veem como a violência que sofreram. Mas, em determinados momentos da conversa, tentamos refletir com elas — Elas consideraram os riscos? Planejaram a gravidez? Pensaram na exposição a alguma doença?”*

Quanto às barreiras para reconhecer a violência sexual dentro do relacionamento, fatores religiosos podem tornar mais difícil para as mulheres recusarem a relação sexual com o parceiro. Durante as entrevistas nas cidades brasileiras as barreiras religiosas não foram mencionadas como a principal resposta. Ainda assim, quando perguntei diretamente sobre a relação entre VSPI e barreiras religiosas, surgiram três tipos de situações: (1) as mulheres não mencionaram religião; (2) a religião e o pastor funcionavam como barreiras ao reconhecimento; (3) o pastor orientava a não se submeter à violência.

P16 – Psicóloga e Coordenadora: *“Pessoalmente, não atendi aqui mulheres com um viés religioso tão forte a esse ponto... não. Mas percebo que muitas vezes isso se torna uma crença independentemente da religião em si. Acho que ainda há um aspecto cultural muito forte em jogo.”*

P17 – Psicóloga: *“Não, não é religioso. Está mais condicionado a essa ideia de evitar conflito, no sentido de ‘Ah, eu tenho relação com ele para mantê-lo calmo’, ou ‘Ele insistiu tanto que acabei’*

cedendo, só queria que terminasse logo, mas foi só para ele parar de falar', sabe, assim."

P1 – Advogada: *"O aspecto religioso também é uma barreira muito significativa, porque algumas igrejas acreditam que é uma obrigação e que a mulher nunca pode dizer não, nem mesmo se estiver doente ou cansada."*

P18 – Psicóloga: *"No caso de a religião reforçar isso para ela, dizendo... como você vai exigir pensão desse homem se ele não está trabalhando, se não tem dinheiro, se está em uma situação difícil? É aí que vejo a influência da religião." [Nesse caso, o pastor estava protegendo o homem.]*

P7 – Psicóloga: *"Aqui também surgiu que 'Ele disse: não se submeta a isso' [o pastor disse à mulher]. Houve pastores que até disseram: 'Você não precisa se submeter a isso. Não aceite.'"*

Além disso, há a percepção de que as mulheres não conhecem bem seus direitos. No entanto, apenas algumas participantes mencionaram isso como uma barreira de política pública, uma vez que a VSPI não tem sido amplamente divulgada ou comunicada por formuladores de políticas por meio de palestras, campanhas publicitárias, materiais informativos distribuídos etc. Uma assistente social afirmou que seria essencial distribuir mais materiais de comunicação explicando os atos de violência, a profilaxia e onde buscar apoio, oferecendo informações mais aprofundadas sobre violência sexual e serviços disponíveis.

P12 – Enfermeira: *"Acho que precisamos ampliar mais a conscientização. As mulheres precisam de mais informação para identificar melhor e entender que o que estão vivenciando é violência."*

P5 – Psicóloga: *"A educação formal precisa abordar esses conceitos de violência e como ela pode ser erradicada. Acho que isso deve ser considerado desde muito cedo até a vida adulta, de forma contínua, como mencionei. Assim como os profissionais precisam de capacitação contínua, acredito que toda a sociedade precisa ouvir sobre isso continuamente."*

P13 – Assistente Social: *"Um material informativo adequado, com detalhes sobre profilaxia, com a marca do serviço, pensado para dialogar com a sociedade e com as mulheres, e que pudéssemos distribuir nas unidades de atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também em outros setores, como na política de assistência social e nos equipamentos de serviço social, acho isso fundamental. (...) Uma das situações mais frustrantes aqui é quando alguém chega uma semana após a violência — depois de uma semana já não é mais possível fazer a profilaxia, o que causa ainda mais prejuízo. Se essa informação estivesse mais disseminada, poderia fazer diferença."*

As dificuldades de reconhecimento, as barreiras religiosas e a falta de conhecimento sobre direitos não são as únicas razões pelas quais as mulheres não mencionam a IPSV ao procurar serviços sociais ou de saúde. Há também o fato de que muitas sentem culpa e vergonha pela violência sexual sofrida.

P8 – Assistente Social: *“Então as mulheres se culpam porque a culpa foi atribuída a elas; tudo passa a ser responsabilidade delas. Por exemplo, se ocorre um estupro, é porque ela não quis naquele momento, e ela não tem o direito de não querer naquele momento.”*

P9 – Psicóloga: *“Todas elas — é impressionante — toda mulher que chega aqui menciona principalmente três questões emocionais: sentimentos de nojo, medo e culpa. Algumas, de forma muito clara, sentem culpa.”*

Desafios Pessoais dos Profissionais, Falta de Apoio e Capacitação

Somando-se à discussão sobre barreiras, as entrevistas também investigaram se os profissionais enfrentavam desafios pessoais ao abordar e apoiar mulheres que vivenciam violência sexual. Embora muitos tenham observado que os relatos das mulheres os sensibilizam profundamente, enfatizaram que esse desconforto emocional não prejudica sua capacidade de desempenhar o trabalho de forma eficaz.

P12 – Enfermeira: *“Bem, eu acho que é assim: eu sou mulher e, de certa forma, isso me afeta — impacta emocionalmente. E há casos em que você olha e pensa... ‘Meu Deus, o que está acontecendo? O que está acontecendo? Por que temos tantos casos de violência, e com um grau tão grande de crueldade?’”*

P19 – Assistente Social: *“Claro que há casos que nos afetam profundamente, então eu sempre tento processar e filtrar isso dentro de mim. Tipo, ‘aconteceu aqui, deixe ficar aqui, está tudo bem’. Você precisa estar bem; caso contrário, não vai conseguir lidar com isso.”*

P9 – Psicóloga: *“Trabalhar aqui, para mim, é até uma forma de contribuir, certo? Mas isso me impactou nesse sentido — agora estou criando dois meninos, e aí? Eu converso com eles sobre consentimento.”*

As barreiras enfrentadas pelos profissionais frequentemente envolvem desconforto emocional, que geralmente é tratado por meio de terapia pessoal. Isso evidencia outro desafio relacionado à implementação de políticas: a falta de supervisão terapêutica para os profissionais.

A supervisão por um profissional mais experiente é essencial para ajudar a equipe de atendimento a lidar com a complexidade dos casos e a processar o impacto emocional dos relatos das mulheres. Como resultado, os profissionais acabam tendo que administrar sozinhos o impacto emocional do trabalho, mesmo continuando a prestar assistência e cuidado às mulheres, muitas vezes sentindo-se desamparados pelo Estado.

P13 – Assistente Social: *“É outra deficiência que enfrentamos. Compartilhamos coisas entre nós, mas não há supervisão, não há um profissional específico para isso. Acho que toda equipe precisa. Toda equipe se beneficiaria. Nós não temos. Precisamos também. Lembro que, alguns anos atrás, tivemos um voluntariamente. Havia um psicólogo que já não está mais conosco — ele pediu demissão — mas organizou uma reunião, na verdade três sessões de supervisão, que achei muito valiosas. Foi muito interessante porque, além dos aspectos mais técnicos, havia também questões relacionadas à dinâmica da equipe, e ele abordava tudo de maneira muito interessante e abrangente.”*

Além da falta de supervisão, as participantes mencionaram que outros profissionais de segurança, como policiais — especialmente da Delegacia da Mulher — e profissionais de saúde em geral, nos hospitais, também deveriam receber mais capacitação, pois o atendimento oferecido às mulheres nem sempre é adequado. A Lei Maria da Penha menciona que autoridades das polícias Militar e Civil e do Corpo de Bombeiros devem receber capacitação frequente sobre gênero, raça e ética. Esse é outro problema relacionado ao PNPM.

P1 – Advogada: *“Infelizmente, ainda há muito machismo na Delegacia da Mulher. É menos do que no passado, mas ainda existe. Por exemplo, na questão do estupro marital, acho difícil para uma mulher ir à delegacia e ser atendida por um homem.”*

P17 – Psicóloga: *“Vou falar com base no que ouço das mulheres. Há algumas reclamações. Algumas dizem que vão à delegacia, mas não são atendidas da maneira que esperam. Também há casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde deveria haver uma equipe especializada para atendimento em situações de violência, mas, em alguns casos, parece que essa equipe não está funcionando como deveria.”*

P4 – Assistente Social: *“A capacitação é essencial, especialmente para instituições hospitalares que lidam com o público em casos desse tipo de violência. Elas precisam ser melhor treinadas, ter mais conhecimento, saber para onde encaminhar e como prestar o atendimento adequado. Porque, às vezes, a mulher já sofreu a violência que a levou ao hospital, mas acaba sendo ainda mais machucada por um comentário de um médico ou de outro profissional dentro da instituição.”*

Após o término de uma entrevista, em off, uma psicóloga mencionou que é comum policiais que recebem advertências por má conduta serem transferidos para funções administrativas nas Delegacias da Mulher como forma de punição. Como exemplo de violência institucional por parte do Estado, esses policiais estariam ali contra a própria vontade, o que pode resultar em maus-tratos às mulheres que procuram o local para registrar ocorrência. Isso pode ser interpretado como um indício de que determinados serviços ou áreas — especialmente aqueles com maior presença masculina — não priorizam a eficiência de serviços essenciais, como a Delegacia da Mulher.

Além dos problemas apontados pelas participantes, uma das ações do PNPM menciona que “incluir temas de gênero e o enfrentamento à violência contra as mulheres nos cursos das Academias de Polícia” (PNPM, p. 75, 2011) é essencial para aprimorar as políticas de apoio às mulheres. O documento também afirma que esse tema foi incluído nas Academias de Polícia desde 2007. No entanto, há necessidade de atualização e de cursos que vão além do enfrentamento da masculinidade tóxica nas forças armadas e nas polícias administrativas. Sobre esse tema, uma psicóloga de uma ONG afirmou:

P2 – Psicóloga: *“Nas Academias de Polícia, tanto civil quanto militar, deveria haver um curso sobre direitos de cidadania, certo? (...) Deveria haver uma disciplina específica dedicada a isso. Acredito que na formação deles — seja nas academias de polícia ou nas faculdades de Direito — deveria haver uma matéria que promovesse uma perspectiva mais detalhada, uma abordagem mais atenta a essas questões de abuso sexual.”*

Por outro lado, embora as mulheres frequentemente reclamem do atendimento prestado pelas autoridades policiais, uma vez que chegam a um hospital ou centro de serviço social, os profissionais são obrigados a notificar a Secretaria Nacional de Saúde quando tomam conhecimento ou confirmam que uma mulher sofreu violência sexual praticada por qualquer pessoa. Isso é feito por meio do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), cujo objetivo é monitorar e comunicar rumores e eventos que possam constituir emergências de saúde pública de relevância nacional. Como menciona uma assistente social:

P8 – Assistente Social: *“Temos a questão das notificações, incluindo o sistema de notificação imediata que utilizamos para o CIEVS, programa do Ministério da Saúde. Nos casos de violência sexual, a notificação é obrigatória, tanto por meio da ficha física do Sinan, que é enviada à Secretaria de Saúde para o setor de vigilância de violências, quanto pela internet automaticamente, que é feita pelo CIEVS para fins de notificação.”*

Embora essas notificações façam parte de um excelente padrão de informação que outros países latino-americanos deveriam adotar, uma assistente social mencionou que há muita subnotificação, ou seja, os profissionais muitas vezes não registram os casos de violência sexual. As notificações têm como objetivo coletar dados, compreender se a violência sexual está se tornando endêmica no país, dar visibilidade ao problema e melhor direcionar soluções para conter esse tipo de violência contra as mulheres, além de capacitar profissionais para lidar com esses casos. No entanto, esses dados não são facilmente acessíveis.

P15 – Psicóloga: *“Então, eu avalio assim, pela conexão — a mulher que não falta às sessões, ou aquela que falta, mas me dá uma explicação. A mulher que quer remarcar, que não pôde vir, mas diz: ‘Ah, eu quero muito remarcar, por favor, me atenda.’”*

P18 – Psicóloga: *“Eu avalio pela continuidade da mulher na Casa. Porque, se a mulher vem e não se sente acolhida ou não sente que está avançando aqui, ela não volta. Então, valorizo muito o retorno da mulher e o desenvolvimento pessoal dela.”*

P13 – Assistente Social: *“A equipe é muito sintonizada com o tema e bastante alinhada entre si. Os profissionais têm boa conexão e trabalham bem juntos, e acho que esse é um diferencial importante. Não é nem que meu trabalho tenha uma eficácia extraordinária — não é isso. Mas acredito que, quando a equipe trabalha de forma integrada, ela segue de maneira consistente as diretrizes do que deve ser um serviço de referência.”*

Apesar dos desafios enfrentados no trabalho cotidiano, as participantes avaliam seu desempenho com base no progresso das mulheres após o atendimento inicial e na força da colaboração com toda a equipe, já que esses aspectos estão intimamente interligados.

Falar sobre estas questões nos apontam para a complexidade e dimensão do fenômeno que estamos tratando. É preciso um investimento em ações intersetoriais, continuas e com incidência em toda a sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, Janaina Marques de, et al. **"Atenção primária à saúde e os serviços especializados de atendimento a mulheres em situação de violência: expectativas e desencontros na voz dos profissionais."** Saúde e Sociedade 32 (2023): e220266pt.

Bagwell-Gray, Meredith E., Jill Theresa Messing, and Adrienne Baldwin-White. **"Intimate partner sexual violence: A review of terms, definitions, and prevalence."** Trauma, Violence, & Abuse 16.3 (2015): 316-335.

Brysk, Alison. **The Struggle for Freedom from Fear: Contesting Violence Against Women at the Frontiers of Globalization.** New York: Oxford University Press, 2018.

Patraşcu, Teodor. **"International efforts, local impact: EU vs UN strategies supporting the improvement of local public policies addressing violence against women in Mexico."** (2024).

Phiri-Alleman, Walinda, and John B. Alleman. **"Sexual violence in relationships: Implications for multicultural counseling."** The Family Journal 16.2 (2008): 155-158.

Vázquez, Daniel, and Domitille Delaplace; **"Public policies from a human rights perspective: A developing field"**; SUR International Journal on Human Rights 8.14 (2011): 32-61.

Violence against women Prevalence Estimates, 2018. **Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.** WHO: Geneva, 2021.