

Violência de Género e seus Determinantes Sociais

Teorias & Prática

José Manuel Peixoto Caldas
Joana Bessa Topa
Yolanda Rodríguez-Castro



VIOLÊNCIA DE GÉNERO E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS TEORIAS & PRÁTICA

José Manuel Peixoto Caldas
Joana Bessa Topa
Yolanda Rodríguez-Castro

Título

Violência de Género e seus Determinantes Sociais
Teorias & Prática

Organização

José Manuel Peixoto Caldas, Joana Bessa Topa,
Yolanda Rodríguez-Castro

Autores

Almudena García Manso, Ana Isabel Castro Forte,
Ana Martínez-Pérez Cláudia Araújo de Lima,
Estefânia Gonçalves Silva, Francisco A. Fernández,
Gustavo Malafaya Sá, Joana Bessa Topa, José Manuel Peixoto Caldas,
Juliana Guimarães e Silva, Lígia Moreira de Almeida, Lúcia R da Costa,
Mafalda Mendes, Marcelo Brigagão de Oliveira María Jesús G. Magraner,
Rosana Martínéz Román, Yolanda Rodríguez Castro

Publicação eletrónica em formato PDF.

ISBN 978-989-53254-5-0

Novembro 2021

Editor

www.letrasimpares.pt

Edifício Amoreiras Square

Rua Carlos Alberto Mota Pinto, n.º 17, 3.º A

1070 – 313 Lisboa

✉ geral@booksfactory.pt

📘 [Facebook.com/booksfactorypublisher](https://www.facebook.com/booksfactorypublisher)

🌐 www.booksfactory.pt

📖 www.clubedosamigosdolivro.pt

Agradecimentos

O Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto líder do Projeto “O Impacto do SARS-CoV-2 nos determinantes sociais da VG Propostas de Ação e Intervenção“ e as demais entidades participantes: CIEG/ISCSP da ULisboa, Universidade da Maia, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid e Universidad de Vigo querem aqui expressar o seu mais distinguido apreço e apoio à FCT/CIG - Fundação para a Ciência e a Tecnologia / Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género pela possibilidade que nos concedeu de poder realizar esta investigação.

A equipa do Projeto:

Coordenação:

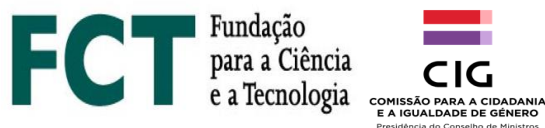
- José Manuel Peixoto Caldas, CIEG/ISCSPULisboa & ISPUP
- Joana Bessa Topa, UMaia & CIEG/ISCSPULisboa
- Yolanda Rodríguez Castro, UVigo

Investigadores:

- Almudena García Manso, URJC de Madrid
- Ana Isabel Castro Forte, ISPUP
- Francisco A. Fernánde, UVigo
- Juliana Guimarães e Silva, ISPUP
- Rosana Martínéz Román, UVigo

Bolseiros:

- Gustavo Malafaya Sá, ISPUP
- Lúcia R da Costa, ISPUP



Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT/CIG
Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P./Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género,
no âmbito do projeto Proj. n.º.016, ID Única: 618931008

Prefácio	
VIOLÊNCIA DE GÊNERO, DETERMINANTES SOCIAIS E DIREITO	7
Cassius Guimarães Chai	

I Parte
TEORIA(S) SOBRE LA VIOLÊNCIA DE GÉNERO

LA VIOLENCIA SISTÉMICA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.....	11
Ana Martínez-Pérez & María Jesús G. Magraner	
OS DETERMINANTES SOCIAIS E A VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO: TEMPOS DIFICEIS NO BRASIL	24
Cláudia Araújo de Lima	
IMIGRAÇÃO E VIOLÊNCIA: VIVÊNCIAS DE INTIMIDADE DE MULHERES IMIGRANTES BRASILEIRAS EM PORTUGAL.....	36
Estefânia G. Silva, Mafalda Mendes & Joana B. Topa	
EL COVID-19 Y LA VIOLENCIA GÉNERO: ESTADO DEL ARTE Y LA SITUACIÓN EN PORTUGAL	51
Yolanda Rodríguez Castro, Rosana M. Román, Francisco A. Fernández, Ana Isabel C. Forte & Joana B. Topa	

II Parte
ESTUDO PRÁTICO
**O IMPACTO DO SARS-COV-2 NOS DETERMINANTES
SOCIAIS DA VIOLÊNCIA DE GÉNERO**

PANDEMIA POR COVID-19 E VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA DE GÉNERO NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA	61
Joana B. Topa, Yolanda Rodríguez Castro, Rosana M. Román & Ana Isabel C. Forte	
O IMPACTO DO COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO NORTE DE PORTUGAL: UMA ANÁLISE QUALITATIVA	77
Joana B. Topa, Ana Isabel C. Forte, Francisco A. Fernández, Rosana M. Román & Yolanda Rodríguez Castro	
REPERCUSSÕES DA COVID-19 SOBRE AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTUGAL: O QUE DIZEM AS VOZES INSTITUCIONAIS?	94
Juliana G. e Silva, Almudena G. Manso; Gustavo Malafaya Sá e Lúcia R da Costa & José M. Peixoto Caldas	

A PANDEMIA DENTRO DA PANDEMIA: O QUE DIZEM AS ESPECIALISTAS?	105
José M. Peixoto Caldas, Almudena G. Manso, Gustavo Malafaya Sá, Lúcia R. da Costa & Juliana G. e Silva, Marcelo B. de Oliveira.	
REFLEXÕES FINAIS: SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A ARTE DE CONTINUAR A IGNORAR AS ORIGENS... ..	117
José M. Peixoto Caldas & Ligia Moreira de Almeida	
NOTAS BIOGRÁFICAS	122

Cássius Guimarães Chai
Pós-doutor em Direito. Doutor em Direito Constitucional - UFMG.
Doutor em Direito – Universidade do Porto.
Professor Associado da Universidade Federal do Maranhão e Professor Permanente
do Programa de Mestrado e de Doutorado da Faculdade de Direito de Vitória

Seja ao sul Global ou ao Norte;

Seja na mãe África ou no Afeganistão;

Seja à beira do Tejo, ou à beira do Tigres, a violência de gênero é uma realidade que subtrai a condição de dignidade do ser humano feminino.

Ela, a violência, teima em subordinar a mulher à sombra do patriarcado, mesmo nos regimes autoproclamados democráticos, alimentada pelo sexismo, pela misoginia e pela sujeição do não heterossexual cisgênero masculino. Se em contextos de não crise sanitária a violência é um quadro de tragédias habituais e naturalizadas, no curso da pandemia, o Covid-19, no cotidiano, exponencializou a violência *intramuros* em todos os seus matizes: da violência contra a criança ao idoso, e contra a mulher.

As pesquisas desenvolvidas e conducentes ao imprescindível *Webnário Violência de Gênero e seus Determinantes Sociais*, homônimo do projeto coordenado pelo amigo e professor catedrático José Manuel Peixoto Caldas, e agora concretizado nesta obra coletiva literária, ao abrigo do Centro de Investigação do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, firmam o compromisso irrenunciável da academia, suas pesquisadoras e seus pesquisadores, com a ciência ao serviço da cidadania e, da necessária qualificação do debate público, pautando e pensando os problemas da vida comum, as responsabilidades do Estado Social Democrático. E, a um tempo, estas pesquisas constroem as instituições a corresponderem às expectativas dos cidadãos e utentes dos serviços públicos, provocam a elevação da razão pública a um nível de transparência compatível e constitutiva de uma sociedade de pessoas efetivamente livres e iguais.

A presente obra, portanto, construída na riqueza dos saberes e olhares plurais, encontra no seu denominador comum, a violência de gênero, as reflexões transdisciplinares às ciências da Saúde Pública, do Direito, da Política, da Seguridade Social, da Psicologia, da Semiologia e da Sociologia, nos aspectos e nas variáveis investigativos dos *determinantes sociais*, compreendidos estes como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que *influenciam a ocorrência de problemas de saúde* e seus fatores de risco na população, diagnosticados e premidos, no recorte do objeto epistemológico das investigações aqui apresentadas, no curso da pandemia Covid-19.

O presente tempo pandêmico, coetâneo da disrupção revolucionária 4.0 das exclusões sociais das populações econômicas vulneráveis, acentuou a miséria, aprofundou as desigualdades e demarcou um retorno aos extremismos nacionalistas.

São tempos de crise e de violências multiníveis.

No Brasil o recente relatório da Atlas da Violência (CERQUEIRA *et ali.*, 2021)¹ traz indicadores ascendentes das agressões contra a mulher, ao tempo em que a polarização política capitaneada pelo presidente da República catalisa discursos de ódio, e estes proliferam a desinformação e tensionam a credibilidade das instituições democráticas e das liberdades, mesmo de pensamento e da igualdade pelo coeficiente da diferença. As redes de proteção social, tanto no combate ao trabalho escravo contemporâneo, quanto dos instrumentos de proteção ambiental, e de políticas afirmativas vem sofrendo sensíveis reduções e mudanças, repercutindo até na coleta de dados que informam o desenho do mapa da violência fazendo surgir o identificador Morte Violenta por Causa não Identificada.

As reformas trabalhistas que tendem, no Global, à precarização do trabalho, produzem diretas repercussões nas condições de vida, como suprimindo direitos reservados às mulheres trabalhadoras, frutos de conquistas sociais compensatórias das desigualdades e das dificuldades de ingresso no próprio mundo do trabalho.

A pandemia desmistifica a prontidão do Estado de suas promessas de proteção e de segurança sociais.

A pandemia deixa claro a desarticulação entre governos e sociedade civil, e a falta de estratégias e planejamento ao seu enfrentamento.

A pandemia ressaltou a falta de empatia que deveria subjazer ao sentimento de fraternidade, princípio jurídico-político de uma sociedade de pessoas que se afirmam livres e iguais.

Pensar a violência a partir desse caleidoscópio científico, é considerar a sua importância enquanto objeto que demanda a formulação intersetorial de políticas públicas e de programas que promovam a equidade na saúde.

De uma perspectiva política, temos que nos por de acordo que após dezoito meses atravessando esse vale da sombra da morte, a pandemia, seguimos testemunhando condescendência, acomodação e desinformação.

Condescendência criminosa pela ausência de um planejamento estratégico articulado, inter e multisetorial, dialógico e hábil *on time*, especialmente da vacinação.

Acomodação alimentada pela cordialidade do jeitinho brasileiro: deixa como está pasta ver como fica. E, desinformação como estratégia de mitigação da anomia institucional nas ações intersetoriais de saúde.

¹ Cf. <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes> último acesso 10.set.21.

Premida pelas desigualdades sócio estruturais, a ideia de Determinantes Sociais da Saúde encontra na percepção das causas das iniquidades da saúde, os fatores sensíveis multidimensionais das Condições de vida, Ambiente e Trabalho, Redes sociais, Comunitárias e Saúde e Comportamentos, Estilos de Vida e Saúde. (CNDSS, 2008).²

É claro que identificar iniquidades exige o esclarecimento conceitual sobre equidade, ajustado no contexto político-científico, não meramente partidário. Segundo ensinamento de Ronald Dworkin em “O Império do Direito”, em política, a "equidade é uma questão de encontrar os procedimentos políticos e métodos para eleger dirigentes e tornar suas decisões sensíveis ao eleitorado." (DWORKIN, 2002; p.200)³. Em outras palavras, equidade constitui em procedimentos decisórios que levam em consideração os aspectos sensíveis à vida das pessoas a quem se dirigem as decisões. – E, importa recolocarmos a ideia de equidade da perspectiva dos Direitos Fundamentais, portanto, das normas de Direito Constitucional. Assim, é possível assumir que identificar e superar as causas determinantes de iniquidades na saúde é adotar os desafios e os compromissos de uma moralidade pública de integridade por uma ordem jurídico-político de Justiça social correspondente à proteção da dignidade do ser humano, promovendo e estabilizando, pelo trabalho digno, a realização da livre concorrência contemporânea ao respeito às relações de consumo e dos consumidores, assegurando a função social da propriedade em um meio ambiente ecologicamente equilibrado, e compreendendo necessário a redução das desigualdades sociais, regionais, em um Estado e em uma sociedade livre, justa e solidária que lho contenha, na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade, e quaisquer outras formas de discriminação. (Constituição Brasileira 1988, art. 3º e art. 5º; Constituição Portuguesa 1976, art. 1º e art. 13.)

São superlativos esses desafios quando os evidenciamos em sociedades, como a brasileira, de abissais desigualdades estruturais marcadas por racismo estrutural, misoginia, sexismos e patriarcalismo culturais, **que acomodam violências domésticas e institucionais** em permanente estágio de subtração das autonomias, das capacidades cívicas e da dignidade das mulheres. – Tudo por meio da violência multifacetada.

Assim, a dialogicidade presente na obra está anunciada e densificada na unidade do objeto de pesquisa e traduzida na diversidade de abordagens que reconhecem a violência como um fenômeno sistêmico de saúde pública, na Espanha, em Portugal, no Brasil e alhures, que requesta adoção de estratégias intersetoriais de políticas públicas ao seu enfrentamento, tanto para identificar as agressões, suas formas diretas e sub-reptícias, bem com as sequelas nas vítimas mulheres e crianças, superando e compreendendo o silenciamento, alimentado pelo temor reverencial dos agressores e o sentimento de impotência e de solidão que experimentam essas vítimas.

² Cf. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf, último acesso em: 10.set.21.

³ DWORKIN, Ronald. **O império do Direito**. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 513p.

Não há como desconhecer que na complexidade do sistema social, o funcionamento contemporâneo dos sistemas político, econômico, jurídico e moral, condicionam tanto a institucionalização do relevante social, sua conversão em pretensão política, e sua exteriorização jurídica na forma da lei, até mesmo criminalizando o diferente e a moral alheia. Esse processamento histórico acomoda ou propõe rupturas nas situações e tendências evolutivas e desenvolvimentistas, regulando ou não as mobilidades sociais, migrações, urbanização, estruturação do mercado de trabalho e suas condicionantes imediatas, a distribuição de renda e acesso à educação. Ao mesmo tempo conduz a manutenção do *status quo* das estratificações socioeconômicas como estratégias de poder, na adoção de indicadores e marcadores de renda, escolaridade, gênero, lugares e espaços sociais, e suas identidades territoriais.

Determinantes sociais, portanto, exige de todos nós a compreensão que a questão da saúde não é meramente de sintomatologia imediata de um mal-estar ou de um desconforto episódico. Não.

— A questão da saúde é complexa, e sua qualidade é uma resultante da convergência de forças, de vetores e de fatores que lhe condicionam quanto a sua qualidade ou fragilidade de vida. Portanto, torna-se necessário recolocar o problema nas variáveis: como se vive? Onde se vive? Sob que circunstâncias de pressões sociais se vive? Ambiente, trabalho, repouso, não-descanso, moradia e acesso a equipamentos públicos? Hábitos alimentares, riscos pelo consumo de tabagismo e ou alcoolismo, práticas desportivas ou atividades do ócio? Tudo isto deve ser sopesado e tomado como fatores determinantes sociais da qualidade ou não de vida. E nessa equação a variável da violência é um exponencial que altera sensivelmente os resultados de modo negativo quanto à vida digna da mulher, e das mulheres.

Congratulo-me com todas as autorias dos trabalhos aqui descortinados, e de modo especial anoto minha gratidão ao querido supervisor de pós-doutorado em Saúde Pública, o professor catedrático e coordenador da obra e seu correspondente projeto, Doutor José Manuel Peixoto Caldas.

De São Luís do Maranhão para O Porto, Portugal, aos 12 de setembro de 2021.

LA VIOLENCIA SISTÉMICA COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

ANA M. MARTINEZ-PEREZ

*Antropóloga. Profesora titular de sociología. Universidad Rey Juan Carlos.
Voluntaria en Médicos del mundo, Sede-Madrid.*

MARÍA JESÚS GIRONA MAGRANER

*Antropóloga y Enfermera. Profesora asociada de antropología.
Universidad Complutense de Madrid.
Referente Técnica de Enfoques Transversales.
Departamento de Programas Internacionales, Médicos del Mundo, España.*

I. INTRODUCCIÓN

En EE.UU. una mujer es violada cada 6 minutos y cada 15 segundos una es golpeada. En África del Norte cada día 6,000 mujeres sufren la mutilación genital. Este año en China más de 15,000 mujeres serán vendidas como esclavas sexuales. En Bangladesh 200 mujeres serán desfiguradas horriblemente con ácido por esposos o pretendientes. En India, más de 7,000 mujeres serán asesinadas por familiares debido a disputas sobre pagos por matrimonios arreglados. La violencia contra las mujeres tiene raíces en una cultura global discriminatoria que les niega la igualdad de derechos y legitima la apropiación de los cuerpos femeninos para la gratificación personal o política. Cada año la violencia hogareña y comunitaria destruye las vidas de millones de mujeres.

Broken Bodies, Shattered Minds: Torture and Ill Treatment of Women, AI, 2001

Este ensayo tiene la intención de reflexionar sobre la imbricación de la violencia basada en el género con la Salud Pública, desde la epistemología y crítica feminista en combinación con un enfoque de derechos humanos que permita pensar cómo contribuir al análisis y la transformación social necesaria para su erradicación. Nuestra doble condición de académicas y técnica o voluntaria involucradas en el activismo en salud de la organización no gubernamental Médicos del mundo, hace que podamos dar cuenta de un ejemplo de intervención y atención sociosanitaria que aplica la teoría a la práctica.

Resulta imposible pensar el género sin tener en cuenta el resto de las variables sociológicas de etnia, clase social, edad e incluso nivel educativo o lugar de residencia. Cuando la sociedad está enferma, a las personas nos cuesta un esfuerzo ímprobo mantener el equilibrio que está en la base de un bienestar completo. Más aún, es la lucha por la salud social la que nos pone en el camino de la salud individual, como bien aprendimos en la Declaración de Alma Ata de la que se cumplen más de cuatro décadas.

En la interseccionalidad se dibuja el denominador común que evidencia la tensión con las diferentes formas de discriminación, variables en orden o intensidad, pero que producen similares efectos para la salud. Es nuestra pretensión analizar el proceso de transformación migrando desde una visión de los determinantes sociales de la salud a modo de listado, hacia una comprensión social, integral e íntegra, de la determinación de la salud. Y en este sentido, estudiar la interseccionalidad nos lleva a entender que la atención en salud, educación y justicia solo puede ser realizada teniendo en cuenta todas las formas de diversidad: sexo-genérica, socioeconómica, étnica, etaria e ideológica para no caer en nuevas formas de colonialismo. Cuando el personal de salud, educación o justicia no tiene la formación adecuada o no desempeña su trabajo debidamente puede llegar a conculcar unos derechos fundamentales y constitucionalmente reconocidos. La social determinación de la salud

hace que ésta solo pueda ser abordada de un modo complejo, con el principal objetivo de mitigar el sufrimiento humano, definido desde los parámetros de quien lo vive en primera persona. Para este análisis interseccional y decolonial, hay que considerar la cultura como un proceso, situarlo en el encuadre que le da sentido y evitar los esencialismos que puedan reducir la importancia de lo que ocurre en otros contextos, con el fin de no caer en un posicionamiento eurocéntrico a la hora de pensar la salud pública. Es por ello que, este artículo parte de los resultados de etnografías multisituadas, propias y ajenas, para comprender las diferentes manifestaciones de la violencia sistémica y orientar las recomendaciones hacia la transformación social.

Detrás de cada historia de vida en los relatos sobre violencia sistémica que queremos comprender hay sufrimiento y vulneraciones de derechos que son incompatibles con una vida digna de ser vivida y con una sociedad que se llame democrática. Pretendemos que esas voces se encuentren en el contexto o tejido de la salud pública siendo la traba, para que la urdimbre surja de la transversalización de una mirada feminista, antropológica y desde los derechos humanos. Y si esa violencia del sistema sociocultural es el punto de partida, llegamos a plantearnos porqué considerarla un problema de salud pública, aportando la mirada hacia delante del modelo de intervención sociosanitaria y de incidencia política que propone Médicos del mundo.

2- ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA SISTÉMICA?

“If the major determinants of health are social, so must be the remedies“

(Si los mayores determinantes de la salud son sociales, así deben ser los remedios)

Michael Marmot

La OMS en 1996 definía taxativamente la violencia contra las mujeres como “un problema de Salud pública”, mucho antes de que, la considerara una epidemia en 2013. En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) define la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”. Establecemos una diferencia entre sufrimiento, que es evitable y por tanto prevenible, y dolor, inherente a la condición humana y asociado a los procesos vitales de salud-enfermedad.

La violencia sistémica se entiende como cualquier procedimiento institucional/cultural que produzca un efecto adverso y que no pueda ser atribuido a ninguna persona sino a toda una cultura o sociedad (Martínez-Pérez, 2020). Existe una amplia gama de manifestaciones de la violencia sistémica que queda estructuralmente oculta por estrategias que desarrollan las diferentes culturas precisamente para encubrirla, porque las condenan, aunque las toleran. Sistémica es la base sólida de la violencia directa o física, que ahora es visible o más visible que hace una década, pero que no es la única ni siquiera la más importante, cuantitativa y cualitativamente hablando. Hablamos de violencia sistémica porque sería una simplificación considerarla de forma individual, de hecho, puede que este enfoque reduccionista haga que sea más difícil llegar a abordar de un modo adecuado el problema. Como se dice en la Introducción de Alianzas rebeldes: “Las violencias tienen un origen social, cultural y estructural y no podrán ser erradicadas a través de un sistema penal que solo puede indivi-

dualizar sus causas y es incapaz de enfrentar las estructuras que las reproducen. El castigo, aunque a veces sea inevitable, es ya la prueba de un fracaso” (Serra, Garaizabal y Macaya, 2021, pág. 18). Sabemos que si la enfermedad tiene una determinación social no tiene sentido seguir combatiéndola como si hubiera sido producida a nivel biológico, como dice Michael Marmot en la cita que encabeza este epígrafe. Del mismo modo, si la violencia es sistémica porque la cohesión social mediante relaciones interpersonales violentas afecta a todo el sistema sociocultural, no podemos abordarla como si se tratara de un problema individual, familiar o sectorial.

Los sistemas en los que las instituciones ejercen violencia están caracterizados por el aumento de la violencia social. La violencia tolerada, genera más violencia, la impunidad, fomenta la violencia y el tabú encubre hasta la normalización de lo que nunca debió de dejar de ser extraordinario. Como indican Olivares e Incháustegui: “la práctica del poder autoritario y el desprecio a los derechos humanos –por parte de las propias autoridades encargadas de hacerlos valer–, tanto como los abusos de poder ejercidos por las autoridades, incentivan en los gobernados la desobediencia social a las leyes y normas de civilidad, lo que propicia la anomia social, el mejor caldo de cultivo de todas las formas de violencia social.” (Olivares e Incháustegui, 2011: 25).

La violencia como un daño evitable y sistémico porque la genera el sistema sociocultural, también es de género porque ocurre a mujeres, niñas y adolescentes por el hecho de serlo, y se presenta con mayor frecuencia también en personas trans, gays, lesbianas e intersexuales. Sería inexacto considerar que se trata de una violencia de los varones contra las mujeres, porque más bien se trataría de un privilegio de lo masculino hetero patriarcal que el capitalismo se ha encargado de presentar como único y sin alternativa (Mies, 2019).

Algunos conceptos como “sexo” han sido cuestionados en su acepción biológica e identitaria, sin embargo, el sexismo y la discriminación por razón de género son una realidad y casi un universal antropológico. Del mismo modo, “raza” es un concepto insostenible científicamente hablando, pero el racismo estructural se reconoce como un problema de estado en algunos países que se instituyeron desde la discriminación de por algo tan inconsistente como la cantidad de melanina que alguien tiene en la piel (Yearby, 2020). Otras formas de discriminación por clase o edad se presentan como parte de estos cuadros sintomáticos de sociopatía que condicionan nuestra posibilidad de bienestar individual y colectiva.

3- POR QUÉ LA VIOLENCIA ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

“La entelequia de la salud en una sociedad estructuralmente patógena”
Jaime Breilh

En el marco de la Salud pública, la Medicina Social latinoamericana, y Jaime Breilh de forma más concreta (2013), partió por hacer una crítica a la interpretación capitalista de la epidemiología ya en los años setenta, para conceptualizar una propuesta de determinación social. Este aporte epistemológico, delimita la integralidad del sujeto en relación a su realidad, a sus contextos significativos, a su cultura, a su proceso de salud-enfermedad, a su ubicación en el proceso productivo y en las relaciones de producción capitalista y a su condición de dominador o subordinado, superando el enfoque hegemónico de la salud pública y de la epidemiología tradicional, concentrado en la construcción de modelos causa-

les, con el fin de transformar las condiciones de vida de la población especialmente de los sectores oprimidos.

Por su parte, en el Instituto de Medicina de los Estados Unidos se define Salud Global como los “problemas, temas e intereses en salud que trascienden los límites nacionales, pueden ser influenciados por las circunstancias y experiencias en otros países, y son mejor enfocados por soluciones y acciones cooperativas” (Franco-Giraldo, 2016). El proceso de salud-enfermedad-cuidados no entiende de fronteras, pero sí de culturas, de ahí que resulte fundamental para nuestro trabajo el enfoque de Salud Global. En este mundo globalizado estamos viviendo una pandemia con un virus que se contagia por vía respiratoria mientras se da un trasiego constante e ingente de personas que emigran y/o viajan en volúmenes nunca registrados. Este enfoque plantea la necesidad de conocer, investigar y aportar soluciones a los problemas de salud que cada vez son más dinámicos y transnacionales, siempre desde un enfoque de justicia social. “La salud global se inscribe en la concepción académica del desarrollo disciplinario de la salud pública como área político-científica. No obstante, su centro de análisis pasa por dos hechos importantes. Por un lado, se entiende como una categoría teórica nueva que establece puentes de conexión entre los determinantes globales y la salud (1). Por otro, está condicionada por el contexto político internacional y el ejercicio de los derechos humanos en general, dos factores cuya influencia es decisiva en la salud de la población mundial” (Franco-Giraldo, 2016, op. Cit. Pág. 16).

La violencia contra las personas por razón de género se manifiesta en todas las facetas de la vida de quien la sufre y de quien la ejerce. Se trata de un problema de salud pública en tanto en cuanto repercute en la salud de la población individual y socialmente, dado que como veíamos antes, la salud primero es social y luego psicológica y biológica. Como no podría ser de otro modo, la violencia tiene su repercusión en la salud física, pero también en la condición psicológica, económica, sexual y laboral de las mujeres, en sus hijas e hijos, personas dependientes e incluso mascotas en una violencia vicaria que no se traduce en que exista un pretendido síndrome que la genere (Pérez del Campo, 2010). Las secuelas de la violencia han sido ampliamente estudiadas por algunas autoras, Cristina Santamarina llama “efecto metástasis” al hecho de que la violencia puede llegar a extenderse como si de un cáncer se tratara afectando a los diferentes “órganos” y miembros de una familia (2007, pág. 148). Del mismo modo, como estudian Diniz y Chacham en Brasil, a las mujeres se nos recibe en los centros hospitalarios con objetos cortantes para practicar una escisión u otra y existe evidencia de casos de infertilidad secundaria por estrés postraumático como consecuencia de la violencia gineco-obstétrica sufrida (Diniz & Chacham, 2004).

Vivimos en sociedades que se cohesionan más por violencia que por una cultura de los cuidados que promueva el bienestar con graves consecuencias para la salud pública. El hecho de que esta violencia contra las mujeres haya sido declarada epidemia, interpela a los estados a establecer acciones conjuntas para erradicarla. De lo contrario, pueden llegar a convertirse en responsables subsidiarios de este problema, lo cual lleva a que las mismas Naciones Unidas soliciten reformas legislativas o el desarrollo de políticas públicas que mitiguen el efecto de la violencia¹. A juzgar por los datos, durante el confinamiento del

¹ Ver los informes de la Relatora especial sobre violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. En especial “Maltrato y violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva” y “La COVID-19 y el aumento de la violencia doméstica contra la mujer”. Disponibles en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/SRWomen/Pages/SRWomenIndex.aspx>

año anterior, ha habido un ligero descenso de la violencia física con consecuencia de muerte, pero un aumento de la violencia psicológica y de control. Con el fin de los estados de alarma, aumentan los asesinatos como ocurre después de los periodos vacacionales de mayor interacción en los casos de violencia de pareja (Datos Ministerio de Igualdad <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/home.htm>).

4- ABORDAJE DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DESARROLLADA POR MÉDICOS DEL MUNDO.

La responsabilidad política es colectiva y se relaciona con el cuidado del mundo que compartimos con los otros incluyendo, especialmente, a los más débiles. Además de evitar el mal accionar, demanda asumir la autoría de actos y de sus consecuencias, intencionales o no.

Luis Castiel y Carlos Álvarez-Dardet, La salud persecutoria. 2021, pág. 53

Las formas de violencia contra las mujeres por razón de género que estudiamos en nuestras investigaciones arrojan evidencia de un daño para la salud pública de nuestras sociedades. Las causas y consecuencias en la salud individual y en la colectiva, materializan en una serie de prácticas culturales que van desde la mutilación genital femenina, a la violencia gineco-obstétrica, pasando por la explotación sexual, los matrimonios forzados, la violencia económica y vicaria, violación por incesto, falta de acceso a la atención en salud y otros derechos negados principalmente a mujeres, niñas y adolescentes. La violencia sistémica ocurre en el trasfondo de una normalización que, al no reconocerse como extraordinaria, no se considera susceptible de acción urgente para su erradicación. Como investigadoras y como activistas hemos tomado la decisión de combatirla, y para ello el trabajo de Médicos del mundo como organización resulta un contexto adecuado que coincide con nuestro objetivo.

En Médicos del Mundo, (MdM en adelante), como organización, para contribuir a la universalidad real y efectiva del derecho a la salud, se determina la necesidad de incorporar los enfoques transversales: enfoque de género basado en derechos humanos y enfoque antropológico con énfasis en la interseccionalidad y en una visión decolonial de la diversidad, no sólo cultural. MdM establece una apuesta política clara que trata de evitar que se banalice la perspectiva de género, dado que contamos con la evidencia que indica las nefastas repercusiones hacia la salud en diagnósticos y tratamientos con sesgo de género (Valls, 2018), pero también por su complementariedad con el enfoque basado en derechos humanos hacia el logro de una salud que reduzca inequidades y una sociedad que se haga cargo de la injusticia social. Integrar el enfoque de género y el basado en derechos humanos, ha permitido a MdM una atención sociosanitaria inclusiva teniendo en cuenta la diversidad sexo-genérica y la interculturalidad, al tiempo que se ha podido poner en valor la experiencia acumulada de la aplicación de las políticas de igualdad de género a la salud de niñas, adolescentes y mujeres.

Buena cuenta de esta convergencia son los documentos generados como, por ejemplo, la Guía práctica para la Incorporación del Enfoque Antropológico en Programas y Proyectos de Médicos del Mundo (2019). Este trabajo transversal facilita el reconocimiento de la diversidad cultural, cuestiona los procesos (neo-) coloniales, incorpora la interseccionalidad y evita intervenciones etnocéntricas y basadas en la desigualdad norte/sur desde la acción

en incidencia política. Al mismo tiempo, se orienta hacia una atención sociosanitaria de los servicios esenciales de salud para las personas titulares de derechos a las que, por razones más o menos explícitas, el Sistema nacional de salud no da la debida respuesta, siempre teniendo en cuenta que la obligación de esa atención la tiene el estado y no podemos terminar supliendo esa función o al menos, no sin incidir políticamente en ello. Finalmente, hay una parte del trabajo que se dirige hacia el medio y largo plazo en el ámbito de la educación para la transformación social. En este aspecto se desarrollan campañas de sensibilización o concienciación hacia los problemas de salud social en el marco de programas europeos internacionales, como Gender o Access.

Médicos del Mundo articula sus líneas de acción en sensibilización con la población en general (donde incluimos al voluntariado y al personal técnico como titulares de responsabilidad), atención sociosanitaria a las personas titulares de derechos e incidencia política con los interlocutores y tomadores de decisiones que componen el grupo de titulares de obligaciones. Estas líneas de acción se materializan en una serie de políticas y protocolos de entre los cuales seleccionamos algunos a modo de aplicaciones concretas de buenas prácticas para una praxis de la violencia sistémica como un problema de salud pública.

La Política sobre Derecho Universal a la Salud (2014), establece que la salud debe tener un enfoque global, basado en derechos humanos, género, interculturalidad y manteniendo los principios de equidad, justicia social, acceso universal, acción intersectorial, participación de la comunidad y orientación de los servicios de salud hacia la prevención. El objetivo sobre todo recae en no ver la salud como un elemento para una “curación”, improbable dada la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, sino una forma de entender el bienestar de las personas, es decir, “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, tal como se recoge en la Carta de Ottawa de 1986.

Para poder llevar a cabo la práctica de dicha defensa del derecho a la salud, se hace necesario pensar en la incorporación de la perspectiva de género como herramienta de análisis que contemple la salud de forma global, y orientada a garantizar los derechos humanos, y en especial de mujeres y niñas, tal y como se recoge en el Plan de Acción de El Cairo (1994), la Plataforma de Acción de Beijing (1995) y en los Principios de Yogyakarta (2007).

Ya en 2007, MdM estableció su Política de género y derechos humanos, considerando como problema central que tanto los programas y servicios de salud sean los perpetradores de la subordinación en las relaciones de género y mantengan los estereotipos y roles sexistas. En este sentido y para ofrecer un abordaje feminista, se plantea en dicha política reducir las desigualdades de género en lo que concierne al acceso y control de los recursos y beneficios de los servicios de salud, así como ampliar las oportunidades y la autonomía de las mujeres para que tomen sus propias decisiones en relación con sus vidas, sus cuerpos y su sexualidad. El enfoque de género y derechos humanos cuenta con dos estrategias importantes para la igualdad de género en salud: empoderamiento y *mainstreaming* como puntos de partida, precisamente, para abordar las violencias de género como un problema de salud pública.

Siguiendo con las violencias hacia los cuerpos, especialmente de mujeres y niñas, MdM se plantea una Política específica sobre derechos sexuales y reproductivos para enfocar sus intervenciones en base a un buen abordaje en salud sexual y salud reproductiva, basándose

en las recomendaciones de la Conferencia de El Cairo, y que se centran en las siguientes líneas de acción:

- Maternidad segura y humanización del parto.
- Planificación familiar.
- Aborto accesible y seguro.
- Prevención y tratamiento de las ITS.
- Mutilación genital femenina.
- Violencia sexual y de género.
- La salud reproductiva de las y los jóvenes.
- La salud reproductiva en situación de refugio y desplazamiento.
- La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las distintas orientaciones no heterosexuales.

Si bien la política de Derechos sexuales y reproductivos abarca cada uno de estos ítems, se vio necesario incluir como anexo una política específica sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, pues entendemos que la falta de atención sobre este aspecto puede estar provocando un grave problema de salud pública, al tiempo que conculca el derecho de las mujeres en situación socioeconómica precaria que se ven obligadas a acudir a centros privados y/o sin las mínimas garantías sanitarias. Y esto es importante porque cabe recordar que no en todos los contextos existe un marco legal que proteja a las mujeres y niñas de prácticas nocivas como puede ser la realización de un aborto en situación de clandestinidad o inseguro, además de las barreras culturales y sus consecuencias en muchas culturas si alguna mujer o niña se plantea dicha intervención. Y es la razón por la que esta política adquiere además categoría de buena práctica en tanto que permite promover iniciativas y trabajo de acción comunitaria en beneficio de las mujeres y niñas, y en el marco de la legalidad.

Dentro de la intervención sociosanitaria en derechos sexuales y reproductivos hay algunas prácticas culturales violentas que, si bien no son mayoritarias en nuestro entorno, lo son en otros países y, por tanto, pueden estar presentes en población migrada. Se trata del incesto, del matrimonio forzoso y de la mutilación genital femenina. Con respecto a la violación por incesto no es sino una manifestación de violencia sistémica que, si bien en algunas sociedades es constitutivo de delito, en otras culturas está siendo encubierto e indirectamente permitido, como es el caso de algunos países de América Latina². El incesto es una forma de violencia sexual contra niñas y adolescentes, en donde familiares, que deberían cumplir con un rol de cuidado y protección, las agreden sexualmente. Ante esto se establecen pactos de silencio que hacen que las denuncias lleguen, si llegan, demasiado tiempo después.

² En “El tabú del incesto en Ecuador. Un análisis socioantropológico” en Martínez-Pérez, Ana (2020) Desvelando el iceberg. Relatos de violencia sistémica. Quito: UDLA Ediciones, pp. 61-70, presentamos una reflexión sobre esta forma de violencia. Los datos concretos están tomados de los informes de la Fundación Desafío, de hecho, Virginia Gómez de la Torre presenta en el mismo volumen “Vidas robadas: la tragedia del embarazo infantil en Ecuador” (pp. 73-75) y del Informe especial “Las niñas invisibles de Ecuador” de Wambra, medio digital comunitario. Disponible en: <https://wambra.ec/especial-ninas-invisibles-ecuador/>

Relacionado con el incesto, existe el matrimonio forzoso, que se asienta en normas sociales y culturales que ubican a las mujeres una posición de inferioridad y sumisión frente a los hombres, y así constituye una manifestación de violencia sistémica y una violación de los DDHH. El matrimonio forzado se da en ocasiones cuando la niña ni siquiera ha nacido quedando vinculada a la autoridad del futuro marido y la familia política, expuesta a violencias en cadena que se perpetúan en un contexto cultural aun cuando se produce la emigración a Europa o a lugares donde se trata de delitos perseguidos por la ley, si se detectan, claro está.

Si bien MdM no tiene una política específica, se contempla en la política de violencia de género, pues en el trabajo con salud comunitaria es sabido de esta práctica en muchas regiones, y en base al tipo de actuación por parte de profesionales las niñas pueden verse afectadas en sanciones sociales, rechazo o estigma familiar e incluso expulsión de la propia comunidad. Por ello se ve necesario que ante la actuación de una oenegé como MdM, sea imprescindible hacer una lectura de los matrimonios forzados como práctica cultural y por tanto merecedora de una estrategia y acción desde un enfoque antropológico para evitar generar situaciones de daño o de mayor desigualdad estructural de género, evitando además instalar otras condiciones que generen violencias como por ejemplo la sexual, la económica o la simbólica, entre otras.

Siguiendo con todas estas graves violaciones de derechos humanos contra las mujeres que atentan contra la vida de estas, MdM estableció en 2017 un importante posicionamiento sobre Prostitución y Trata con Fines de Explotación Sexual, en línea de lo que ya promulgó en 1949 la Asamblea General de Naciones Unidas en el Convenio para la represión de la trata de personas y la explotación de la prostitución ajena. En una sociedad capitalista y patriarcal en donde los cuerpos de las mujeres están siendo considerados y tratados como objetos de consumo, la prostitución y la trata con fines de explotación sexual se producen como consecuencia de una estructura desigual, propiciada la feminización de la pobreza, la globalización económica, el control de los flujos migratorios y otras situaciones. Como apuntan las cifras del Parlamento Europeo, el 96 % de las personas prostituidas son mujeres o niñas, por lo que nos encontramos con un problema en donde la violencia de género es un problema de salud pública y un grave atentado contra la vida y dignidad de todas ellas. Como organización sociosanitaria MdM, establece de manera muy firme que estas prácticas son expresiones de extrema violencia y que como tal debe ser atendidas en el marco de los derechos humanos, trabajando por la dignidad y la integridad física, psíquica y sexual de las mujeres y niñas víctimas y supervivientes, que es la prioridad a la hora de llevar a cabo la atención sociosanitaria con estas personas titulares de derechos.

También la Mutilación Genital Femenina es una de las prioridades y líneas más consolidadas de trabajo en Médicos del Mundo. Una perspectiva de derechos humanos sitúa la mutilación genital femenina en un contexto más amplio de violencia contra la mujer, que se produce en todas las sociedades de diversas maneras. La mutilación genital femenina es sólo una manifestación de las violaciones de derechos humanos basadas en el género, que pretenden controlar la sexualidad de la mujer y mermar su autonomía. Estrategia del control, por lo demás, comúnmente encontrada en diferentes culturas (Kaplan & Salas, 2017) y que debe ser abordada para una adecuada intervención en salud pública. La violación se dirige al aniquilamiento de la voluntad de la víctima/superviviente, cuya reducción es justamente significada por la pérdida del control sobre el comportamiento de su cuerpo y el agenciamiento por la voluntad del agresor (Segato, 2013, p. 20).

Siguiendo con el trabajo realizado en MdM, exponen que más de 200 millones de mujeres y niñas son mutiladas en el mundo, 44 millones son menores de 15 años, 3000 mujeres al año mueren como consecuencia de la Mutilación Genital Femenina y otras muchas quedan afectadas por diferentes secuelas de salud física, psicológica y sexual. La prevalencia de la MGF no está marcada sólo por barreras geográficas, sino que varía entre los grupos étnicos presentes en los 30 países del África Subsahariana y en algunos de Oriente Medio y Asia, en donde se realiza ancestralmente en el contexto de los ritos de paso y como elemento socializador de las niñas (UNICEF, 2016). UNICEF la considera una Práctica Tradicional Perjudicial (PTP) juntamente con el matrimonio infantil o forzado, las ataduras, los araños, las quemaduras, las marcas, los ritos iniciáticos violentos, el engorde, los crímenes de honor y la violencia relacionada con las dotes, el exorcismo o la “brujería” (Asamblea General de la ONU, 2006). Es importante destacar la importancia de la mirada antropológica y de género en el entendimiento de la MGF, y este enfoque está muy presente en el trabajo de Médicos del Mundo, pues entiende que la cultura es vital para poder abordar de forma consciente y considerada la salud de las poblaciones.

Una mirada antropológica a realidades propias y ajenas abre el abanico a posibles pensamientos y actitudes, rehúye las interpretaciones e intervenciones etnocéntricas e impuestas y trabaja desde otras epistemologías más humanas que permiten incluir las percepciones locales del desarrollo, así como alternativas a los modelos imperantes. Y para ello, MdM se plantea una serie de actuaciones y compromisos como elaborar protocolos que apunten a un trabajo interdisciplinar en coordinación salud y educación para seguir ahondando en un abordaje en salud comunitaria adaptada a los contextos en los que trabajamos, en especial en África o con población originaria de los países donde la práctica se realiza.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Las desigualdades en salud constituyen “la mayor epidemia del siglo XXI” a nivel global (Benach, 2020), principalmente porque no pueden verse desligadas de una de ellas, la pobreza, que termina siendo una metonimia de la parte por el todo (Stringhini et al, 2017). Constatamos que lo social tiene influencia, casi podríamos decir que actúa a modo de *pre-disposición*, en la salud individual y colectiva de tal modo como dice la célebre premisa influye más en la salud el código postal que el código genético: Pero, además, sabemos que hay una consideración que atraviesa este artículo, en el hecho de que el patriarcado actúa como un sistema de control y coerción que, articulado con la determinación social de la salud, terminan retroalimentándose. En una lectura ecológica, la violencia sistémica es un problema de salud pública en tanto encuentra en el capitalismo el terreno abonado donde producirse y reproducirse. Esta situación podría revertirse con políticas públicas que tuvieran el sostenimiento de una vida digna y en equilibrio en la base de la estructura social.

Hasta ahora las políticas se orientaban a las víctimas, conviene pensar en reorientar el problema hacia el victimario/opresor, teniendo en cuenta la corresponsabilidad de la sociedad civil que no puede seguir siendo cómplice por omisión. Necesitamos una comunicación que ponga el foco en quien tiene un problema con la violencia, una atención a la víctima que no revictimice, una sociedad que se haga cargo de un tema que es social y no individual. Podemos revertir el efecto de la violencia para la salud, haciendo que la cohesión social se establezca por los cuidados. Para ello, además de incorporar la triple titularidad

de derechos, responsabilidad y obligaciones para las víctimas como vimos en el epígrafe 4, la ciudadanía y quienes toman decisiones, resulta imprescindible reformar la formación universitaria de pregrado y posgrado de tres tipos de profesionales: salud, educación y justicia.

1) Profesionales de salud: al humanizar la atención en salud estaremos poniendo el énfasis en el trabajo directo con seres humanos, no solo mediatizado por la tecnología, los fármacos o las pruebas diagnósticas. Por su parte, el modelo biomédico hegemónico puede resultar iatrogénico y con demasiada frecuencia tiende al ensañamiento terapéutico en procesos terminales o de alta complejidad. Si algo nos ha demostrado la pandemia es que la salud primero es social, y con la mejora de la salud pública conseguimos avances en el bienestar de toda la población.

2) Profesionales de educación: la formación en coeducación debe ser incorporada en todo el sistema educativo con especial énfasis en los grados de educación infantil y primaria. La atención a la diversidad es parte de la reforma urgente que requiere atender la violencia como un problema de salud pública. Que los grupos de estudiantes sean diversos lejos de dificultar procesos, beneficia el aprendizaje, siempre que se cuente con la formación docente adecuada para cada contexto social (Flecha, 2015).

3) Profesionales de justicia: el énfasis en una justicia reparadora está en la urgencia por restaurar el cumplimiento del derecho a una vida digna. Para ello es preciso restituir el daño y garantizar la no repetición de la forma de violencia que constituye un delito contra toda la sociedad y no solo contra la víctima, que por lo demás no puede ser revictimizada ni por las fuerzas de seguridad del estado ni por el sistema judicial.

Todas estas múltiples formas de violencia complejizan la atención a la salud de las mujeres y si el personal de salud, educación y justicia no tiene el enfoque de género que precisa para la atención sociosanitaria, socioeducativa y de derechos humanos, el cumplimiento de esos derechos, por lo demás constitucionales, se ve mermado. No obstante, no podemos dejar de considerar que “... Diferenciamos pues entre el cumplimiento de los derechos, la responsabilidad de su reivindicación y la obligación de transformación social de quienes nos representan, como veremos en el último de los apartados de este texto.

En este sentido, y siguiendo la línea de la organización Médicos del Mundo, veamos que se entiende por cada concepto de titularidad.

Titulares de obligaciones o deberes: son los estados, gobiernos (regionales, autonómicos, locales) administraciones públicas que pasan a ser los sujetos con obligaciones jurídicas y morales con relación al cumplimiento y el desarrollo efectivo de los Derechos Humanos. Hay que trabajar para lograr la firma y posterior ratificación (vinculante) de los tratados y lograr la transposición normativa de éstos a efectos de su exigibilidad interna y su efectiva aplicación.

Titulares de responsabilidades: Son las personas, las organizaciones, sector propio, medios de información, donantes asociados en actividades de desarrollo, instituciones internacionales, empresas, sindicatos, ONG, familias, etc. que al igual que tiene derechos, tiene responsabilidades relacionadas con el cumplimiento y desarrollo de los derechos humanos por el hecho de formar parte de una sociedad. Nosotras mismas sin ir más lejos como voluntarias y personal técnico de una ONG formamos parte de este grupo.

Titulares de derechos: las personas, que dejan de ser sujetos de necesidades que deben ser cubiertas para pasar a ser sujetos de derechos con capacidades para ejercerlos y construirlos. Es una persona activa del desarrollo, protagonista de los cambios y transformaciones de su comunidad y no solo alguien que acude a una organización a ser atendida en sus necesidades.

Modelo de atención en Médicos del mundo

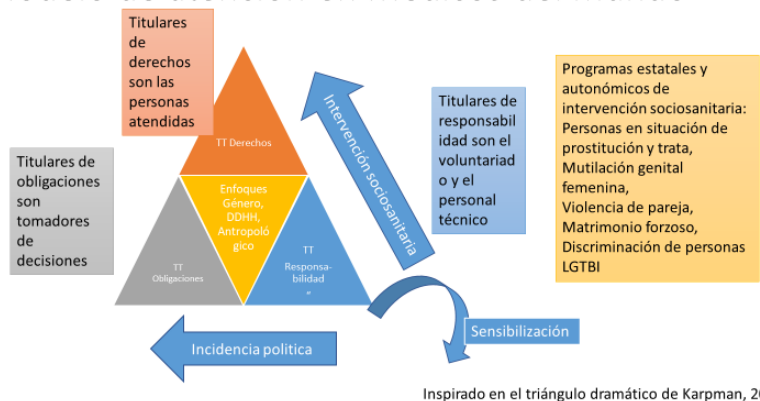


Figura 1. Modelo de atención sociosanitaria de Médicos del mundo. Fuente: elaboración propia

6. A MODO DE CONCLUSIÓN

El antropólogo recientemente fallecido, David Graeber, nos dice que “todas las formas de violencia sistémica son asaltos al papel de la imaginación como principio político, y la única vía para empezar a pensar en la eliminación de la violencia sistémica es reconocer esto” (Graeber, 2019, pág. 23). Quizás el mejor abordaje para erradicar la violencia sistémica sea la utopía realizable de un diseño participado y salutogénico de Políticas públicas que nos cohesionen desde los cuidados y no desde la violencia del sistema sociocultural. La idea que imaginamos se acerca a la imagen de un grupo de gente participando individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a la que tienen derecho (Declaración de Alma Ata, 1978) para que mejore su propia salud (Carta de promoción de la salud de Ottawa, 1986).

Resulta de vital importancia, por otra parte, incorporar el enfoque antropológico, junto con el de derechos humanos y género en la atención sociosanitaria, dado que sin salud intercultural este abordaje quedaría sesgado y conviene reconocer la medicina tradicional de cada pueblo como un activo para la salud. Articular la perspectiva sanitaria y social resulta complejo y necesario como algo que no solo deben poner en marcha las organizaciones de la sociedad civil, también las administraciones y en especial las que coordinan Salud Pública, Educación y Justicia. Se hace urgente destinar fondos e impulsar la participación comunitaria en la definición de salud, así como un análisis que permita plantear, ejecutar y evaluar cómo están siendo incorporados los planes y programas de salud, y en especial como se instauran los enfoques transversales en cada uno de ellos.

Esto es algo que ya Médicos del Mundo está desarrollando y cuyos resultados están siendo relevantes como una forma inclusiva de entender y afrontar el proceso de salud y enfermedad articulado desde la diversidad de los cuerpos, de las culturas, de las visiones de cada cual. Tenemos el proyecto colectivo de conseguir un modelo inclusivo que garantice una atención universal centrada en quien tiene la capacidad y el derecho de construir su propia salud con el apoyo de quienes podemos y queremos contribuir a ello.

7. AGRADECIMIENTOS/APOYOS

Queremos agradecer la oportunidad de aprendizaje y el contexto de reflexión a la Organización Médicos del Mundo y a las personas titulares de derechos que a ella se acercan para ser sujetos de su propia historia de salud. Este texto, como nuestro trabajo allí, siguen la premisa del lema de la organización que dice: “Combatimos todas las enfermedades, incluida la injusticia”.

8. REFERENCIAS

- Amnesty international (2001) *Broken Bodies, Shattered Minds: Torture and Ill Treatment of Women*, London: Amnesty International. Versión traducida disponible en: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/act400012001es.pdf>
- Benach, Joan (2020) “Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI” en *La salud es política. Un planeta enfermo de desigualdades*. Barcelona: Icaria. Pp. 24-39.
- Breilh, Jaime (2013) La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia, 2013. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3524/1/CON-107-Breilh,%20J.-La%20determinacion.pdf>
- Castiel, Luis David y Álvarez-Dardet, Carlos (2021) La salud persecutoria. Los límites de la responsabilidad. Buenos Aires: EDUNLa Cooperativa. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/22>
- Datos de violencia contra las mujeres, Ministerio de Igualdad. Disponibles en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/V_Mortales_2021_08_24.pdf
- Diniz, S. & Chacham, A.S. (2004) “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo, Brazil, *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):100–110
- Flecha, Ramón (2015) *Successful Educational Actions for Inclusion and Social Cohesion in Europe*. London: Springer.
- Franco-Giraldo A. (2016) Salud global: una visión latinoamericana. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 39(2):128–36.
- Graeber, David (2019) *Fragments de antropología anarquista*. Barcelona: Virus editorial.
- Kaplan, A. & Salas, N. (2017). “Violence against women and international human rights framework”. En: Kaplan, A. & Nuño, L. (2017). *Multisectoral Academic Training Guide on Female Genital Mutilation/Cutting*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Marmot, Michael (2010) *Fair society, healthy lives*. London: The Marmot report.
- Martínez-Pérez, Ana; Pink, Sarah y Díaz, Florentino (2018) *Salud creativa*. Quito: Universidad de las Américas.
- Martínez-Pérez, Ana

- (2012) Violencia sistémica. En Marinas, J.M. (Comp.) *Pensar lo político. Ensayos sobre comunidad y conflicto*. Madrid: Biblioteca Nueva, 419- 439.
- (2017) “La Espiral de la salud y la vida” En: Bueno, A. (Coord.) *El género en cuestión: Debates multidisciplinares sobre lo normativizado*. Págs: 20-37 Manta, Ecuador: Editorial Mar abierto.
- (Editora) (2020) *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica*. Quito: Universidad de las Américas.
- Mies, María (2019) *Patriarcado y acumulación a escala mundial*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Olivares, E. e Incháustegui, T.(2011) *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- ONU (1993) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible: <https://violenciagenero.org/normativa/declaracion-sobre-eliminacion-violencia-contra-mujer>
- Santamarina, Cristina (2007) *Procesos y realidades de las mujeres con discapacidad a causa de la violencia de género*. Observatorio estatal de la violencia sobre la mujer. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/gruposTrabajo/docs/Mujeres_discapacidadVG.pdf
- Segato, Rita (2013) *La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Serra, Clara; Garaizabal, Cristina y Macaya, Laura (coords.) (2021) *Alianzas rebeldes. Un feminismo más allá de la identidad*. Barcelona: Bellaterra.
- Stringhini, S., Carmeli, C., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Ricceri, F., ...LIFEPATH consortium (2017). Socioeconomic status and the 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, March 25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32380-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32380-7)
- Pérez del Campo, Ana María (coord.). (2010), *Informe del Grupo de Trabajo de Investigación sobre el llamado Síndrome de Alienación Parental*. Disponible en https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/observatorio/gruposTrabajo/docs/ALIENACIONPARENTAL_cap2_lib7.pdf
- Valls, Carme (2018) *Mujeres invisibles para la medicina*. Madrid: Capitán Swing
- Yearby, Ruqaiijah (2020) Structural Racism and Health Disparities: Reconfiguring the Social Determinants of Health Framework to Include the Root Cause. *Journal Law Med Ethics*. Sep;48(3):518-526. doi: 10.1177/1073110520958876.

OS DETERMINANTES SOCIAIS E A VIOLÊNCIA BASEADA NO GÊNERO: TEMPOS DIFÍCEIS NO BRASIL

CLÁUDIA ARAÚJO DE LIMA
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Brasil

1. INTRODUÇÃO

A violência foi reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em 1993 pela Organização Panamericana da Saúde – OPAS, quando aprova a Resolução XIX e convoca os países e seus governos a desenvolverem planos e políticas para o enfrentamento da violência, com especial cuidado aos grupos mais vulneráveis.

Durante a década de 1990, pesquisadores de vários institutos e técnicos do Ministério da Saúde do Brasil travaram ampla discussão sobre a evolução de óbitos e internações por causas externas. Em 1998 o Ministério da Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública no país.

Em 1996 a OPAS formaliza a prioridade com a disseminação do documento CD39/14 ampliando o alcance de suas ações e orientando as nações parceiras para desenvolvimento de parcerias em pesquisas, para as cooperações em vigilância epidemiológica, tratamento e disseminação de informação relacionada a violência.

Em 2002 a Organização Mundial da Saúde prepara uma resposta técnica que atende a Resolução WHA49.25 com a apresentação de seu primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, com o objetivo de subsidiar países e pesquisadores por intermédio de conceitos e informações epidemiológicas regionais, esclarecendo sobre as principais causas de violência praticadas contra os seres humanos e o meio ambiente.

A Organização Mundial da Saúde nesse Relatório (2002:05) define a violência como:

“o uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. (OMS, 2002:05)

Esse documento e o conceito nele apresentado (OMS, 2002) são marcadores de temporalidade da discussão temática. Como um primeiro documento que concentra a discussão sobre as diversas faces e expressões da violência no mundo, abre um novo contexto para compreensão do fenômeno que até então era debatido de forma isolada em cada país, posicionando fatores relacionais sobre a violência baseada no gênero.

No Brasil, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002) permeou contextos de saúde pública e seus determinantes sociais, favorecendo uma melhor compreensão sobre as

populações vulneráveis às situações de violência, e, superando uma codificação reducionista onde as causas externas se dividiam em apenas duas possibilidades: acidentais e intencionais.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV (2001), foi no início da década, dos primeiros projetos de parceria entre a Organização Panamericana da Saúde – OPAS/OMS no Brasil e o Ministério da Saúde para o desenvolvimento de iniciativas em torno dos temas prevenção, atendimento, promoção de ambientes e comportamentos seguros que mais tarde culminaria numa outra proposta para a saúde pública: a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Nesses documentos, as violências baseadas no gênero ainda se apresentavam de forma muito tímida, o que não era impeditivo para que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (2005) avançassem em espaços importantes para o desenvolvimento e estruturação de planos de ações em diversas áreas governamentais.

No período entre os anos 2001 a 2014, o Sistema Único de Saúde brasileiro avança nos aspectos da intersetorialidade para o enfrentamento a violência em áreas estratégicas como a violência contra mulheres, o tráfico de pessoas, a exploração sexual de crianças e adolescentes, trabalhando em conjunto com outros ministérios e, fortalecendo seus sistemas de bases de dados com a expansão da vigilância de acidentes e violências em todo o território nacional.

Em 2013, o Governo Federal estabelece o Programa Mulher, Viver sem violência, a partir do Decreto nº 8.086, de 2013, com proposição de organizar uma grande estratégia de serviços à partir das Casas da Mulher Brasileira. Um pouco mais à frente, a Lei do Feminicídio, Lei nº 13.104 de 2015, que qualifica o crime de homicídio e o inclui na listagem dos crimes hediondos, o que podemos considerar um enorme avanço no contexto da justiça.

Novos tempos se apresentaram para as políticas de enfrentamento à violência de gênero, que trouxeram avanços significativos perante as questões conhecidas. O período entre 2006 a 2016 ofereceram à população feminina uma boa evolução legislativa e de organização de serviços, com o aumento do número de delegacias especializadas, de serviços de saúde com atendimento para mulheres em situação de violência doméstica e sexual, a publicação da Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340 de 2006, importante ponto de referência para as estratégias legais de proteção à violência baseada no gênero.

A partir de 2016, muitas dificuldades se apresentaram para o universo do executivo para o enfrentamento à violência contra mulheres pela ausência de financiamento e vontade política entre gestores das esferas governamentais, a partir do golpe legislativo cometido contra a então Presidente Dilma Rousseff, que pode ser entendido como um ataque à democracia, a ser devidamente estudado, nos variados contextos do debate sobre as violências de gênero.

Em 2016 houve uma interrupção relevante nos avanços, ficando as políticas públicas de enfrentamento às violências baseadas no gênero em estado de paralização forçada, pela

mudança abrupta na gestão federal e a demissão em massa de cargos de confiança, ocupados por pessoas advindas dos movimentos sociais e da gestão de estados e municípios. Técnicos concursados da administração federal, ficaram na retaguarda das estruturas governamentais, para que não se perdessem os direitos conquistados com muitos esforços nas esferas de gestão da atenção, da informação e da infraestrutura das redes de atenção integral para mulheres em situação de violência em todo o país. A legislação relacionada aos serviços e ações de enfrentamento à violência contra mulheres vem sendo alterada de forma recorrente pelos governos subsequentes. Os prejuízos são muitos desde então, com aumentos expressivos de mortes violentas de mulheres, de feminicídios e diminuição de números de serviços em todas as regiões do país.

A partir de 2016, os avanços em políticas públicas vêm sendo constituídos com dificuldades, poucos avanços em direitos humanos e por vezes questionáveis. Perspectivas fundamentalistas vêm avançando no cenário do enfrentamento à violência contra mulheres, fato que afeta diretamente os níveis de atenção, desmobilizando frentes como a atenção humanizada ao abortamento, os serviços de atenção integral à mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, as delegacias especializadas de atendimento à mulher e os serviços judiciários. Este cenário abre uma necessidade de defesa de áreas organizadas da sociedade civil para retomar e cobrar a defesa dos direitos de mulheres no Brasil. Notadamente, houve um aumento nos números de violências cometidas contra mulheres.

1.2. VIOLÊNCIAS BASEADAS NO GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES

O Estudo de Lima (2014), descrito em partes nesse artigo, apresenta um panorama conceitual que expressa que a violência baseada no gênero é ancorada por considerações que nos aproximam da discussão sobre a construção social e os papéis definidos para o comportamento de homens e mulheres ao longo da história da humanidade. No entanto, outras questões necessitam aprofundamento e análises para possamos compreender a complexidade dos determinantes sociais que se misturam no cotidiano e acentuam as vulnerabilidades de pessoas para os fenômenos da violência, em especial, as mulheres e meninas.

O termo “Gênero” segundo Scott (1990), deve ser visto como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas em diferenças percebidas entre os sexos, e como sendo um modo básico de significar relações de poder, sendo construída e apresentada como forma de controle do feminino que transcende a história, as questões sociais e a oferta de serviços.

Saffioti (1992, s/n), afirma que “como gênero é relacional, quer enquanto categoria analítica, quer enquanto processo social, o conceito deve ser capaz de captar a trama das relações sociais, bem como as transformações historicamente por elas sofridas através dos mais distintos processos, trama essa na qual as relações de gênero têm lugar”. A violência de gênero afeta em maior número as pessoas do sexo feminino, sejam elas crianças, adolescentes, mulheres jovens, adultas ou idosas.

Nos últimos 70 anos, o tema violência vem sendo discutido pelos movimentos de defesa dos direitos humanos e de mulheres no Brasil e em todo o mundo. Esses direitos estão explicitados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e nos documentos das conferências internacionais dos direitos da mulher, podendo ser citados os principais documentos as Declarações do Cairo (1994), Beijing (1995) e Belém do Pará (1994), reforçados na Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social (Copenhague) – 1995 e na Declaração do Panamá (2009), onde o enfrentamento da violência cometida contra esses grupos populacionais é recomendação constante.

A marcada violência contra mulheres, e aqui compreende-se o sexo feminino em todas as fases da vida, é um dos mais profundos temas dos debates sobre a violência baseada no gênero, acolhendo “gênero” como a condição de construção social de homens e mulheres em suas relações interpessoais, conforme as teorias de Safiotti (1999).

No contexto brasileiro, a violência baseada no gênero, se configura historicamente desde o “descobrimento” do país, onde as mulheres foram sujeitadas as violências físicas e sexuais, psicológicas, ao trabalho forçado, escravidão, torturas e maus-tratos, casamentos arranjados, ao cárcere privado, negligências, violências intrafamiliares ou causadas por desconhecidos. Esses aspectos, perpetrados ao longo de séculos, permanecem no cotidiano das mulheres em todas as regiões do país.

Tais aspectos da violência cometida contra mulheres encontram respaldo conceitual na Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, 1994), onde se define que a violência contra a mulher é “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada”.

A violência contra a mulher em suas diversas formas expressas, começa a ser referenciada por autores na década de 1950. Na metade do século XX, é designada como violência intrafamiliar, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Na década de 1980, é denominada como violência doméstica e nos anos 90, os estudos passam a tratar as relações de poder entre homens e mulheres na sociedade, onde a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada, como violência de gênero (Brasil, 2006).

A Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (2001) afirma que desde a década de 1970 no país, os movimentos organizados de mulheres vêm estudando e apontando situações históricas e transgeracionais de violência contra mulheres, entre estas, a violência sexual e a violência doméstica.

Ainda que signatário de convenções e declarações internacionais relacionadas ao enfrentamento da violência contra mulheres desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), na área de saúde pública, o Brasil, trouxesse ao debate a necessidade de uma política de saúde para as mulheres, e, se consolidasse como uma ação pioneira desde a década de 1970, somente em 2002 o Brasil acata os documentos internacionais, estabelecendo uma área governamental para a defesa de direitos de mulheres para discutir e

propor políticas públicas para o enfrentamento a violência e reconhece o Relatório Mundial sobre violência e Saúde, que discute as faces e expressões da violência no mundo.

O Brasil possui diferentes realidades e modelos sociais estabelecidos, onde a hegemonia do patriarcado instituído é confrontada pelo fortalecimento dos debates sobre cidadania e gênero, conforme nos apresenta Lima (2014). Nesse contexto, muitas autoras e autores, fizeram ao longo do tempo, a construção de eixos que potencializaram a construção e politização de conceitos sobre mulheres e feminismos necessários para qualificar os direitos e compreender as violências praticas contra elas.

Numa visão ampliada, sobre o conceito de gênero, Schienbinger (2001), precisou detalhar os significados para que a sociedade aprendesse a conhecer as diferenças e pudessem apoiar de maneira mais eficaz as iniciativas para os caminhos da nova agenda.

“Uma mulher, é um indivíduo específico; “gênero” denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto mulheres; (...) “feminino” refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres num lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e “feminista” define uma posição ou agenda política”. Schienbinger (2001:32)

A partir do reconhecimento sobre a relação entre violência e saúde, aspectos e contextos de saúde pública e dos determinantes sociais puderam ser percebidos, o que favoreceu uma melhor compreensão sobre as populações vulneráveis, fato que fortaleceu a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004), que sabidamente, subsidiou outras políticas públicas para as mulheres no Governo Federal, Estados e Municípios, a partir de suas perspectivas e detalhamentos sobre a violência baseada no gênero no Brasil.

Ainda, o estudo de Lima (2014), que discute a organização de redes e serviços de atenção à violência contra mulheres, traz questões e detalhamentos sobre os aspectos técnicos e perspectivas de interfaces entre as políticas públicas de forma intersetorial e intrasetorial, de onde são trazidas questões de interesse, demonstrando que as complexidades em saúde podem ser estruturadas a partir de normas técnicas, atualização de sistemas de informação, capacitação profissional, ajustes nas tabelas de procedimentos hospitalares e ambulatoriais e pelo apontamento para os determinantes sociais que sujeitam as mulheres a contextos desfavoráveis. Esses tipos de estudos potencializam a compreensão sobre pontos específicos das políticas públicas e como se fazem necessárias estratégias para uma aproximação real com problemas de gênero.

2. ASPECTOS E FATORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES PARA AS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NO BRASIL

A violência em todas as suas expressões, acomete mulheres, independente de condição financeira, idade, raça, cor e etnia, geração, níveis de escolarização, profissão ou organização familiar. Há no contexto de organização territorial brasileira, os diversos aspectos que devem ser observados no que refere a condição de vida a que estamos expostas, o que é qualificado como determinantes sociais.

A discussão em torno dos determinantes sociais no Brasil, vem da iniciativa de criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) em 2006, que teve por objetivos discutir as interfaces socioeconômicas e as condições de saúde da população, orientados pelo modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Os DSS, buscavam apontar soluções técnicas para questões sociais, a partir das evidências científicas. Seus principais focos estavam baseados em análises da situação de saúde, tais como: situação e tendências da evolução demográfica, social e econômica do país, estratificação socioeconômica e a saúde; condições de vida, ambiente e trabalho; condições de vida, ambiente e trabalho; redes sociais, comunitárias e saúde; comportamentos, estilos de vida e saúde e saúde materno-infantil e saúde indígena.

O Estudo de Buss e Pellegrini Filho (2007) analisam os levantamentos realizados pela Comissão DSS do Brasil e apontam questões relevantes para a tomada de decisões para as políticas públicas e iniciativas sociais em relação à redução das desigualdades sociais, com questões relacionadas às condições de vida e saúde para as mulheres em seus ciclos de vida.

2.1. PERCURSOS, DETERMINANTES SOCIAIS E AS VIOLÊNCIAS BASEADAS NO GÊNERO PARA O BRASIL

Como uma inovação para a área de políticas públicas para as mulheres, é relevante destacar que um novo olhar deve ser focado no contexto dos determinantes sociais, que deve ser apreendido e acompanhado, sendo a condição de vida e localização regional das mulheres e como esses percursos influenciam em suas vulnerabilidades para as violências.

Num primeiro movimento de apreensão de conhecimentos, devemos observar as condições de vida das mulheres brasileiras em suas especificidades: mulheres urbanas, do campo, da floresta, das águas, mulheres índias e mulheres das fronteiras. Para estas especificidades, importante verificar os quesitos de escolaridade, raça, cor e etnias, observando a tipologia da violência sofrida e suas características em cada região. É importante, conhecer o histórico de formação da região e qual a posição das mulheres nessa constituição, para compreender os acontecimentos violentos e aprender a desenvolver estratégias para seu enfrentamento. As políticas, os manuais e os protocolos de atendimento são importantes, mas de pouca valia, se forem utilizados de forma mecânica.

Para ampliar nossa compreensão acerca do debate que gira em torno das violências baseadas no gênero e como ampliar nossas capacidades, podemos nos apropriar das teorias de Bordieu (2006) e (2009), que desenvolve o raciocínio da condição de gênero estipulada para a mulher como uma questão de controle, de arbitrariedade com objetivos que perpassam a dominação do corpo, atribuindo às mulheres a responsabilidade por própria sua opressão e de como a sociedade conseguiu de forma simbólica agregar ao comportamento da mulher a adoção de práticas submissas. Essas condições nos remetem a busca das capacidades e habilidades para a constituição de dados e potenciais mapeamentos das formas e expressões da violência cometida contra as mulheres.

Para tanto, é necessário constituir mapas a partir de bases de dados oficiais e elaborar comparativos com informações levantadas pelos observatórios de violência contra

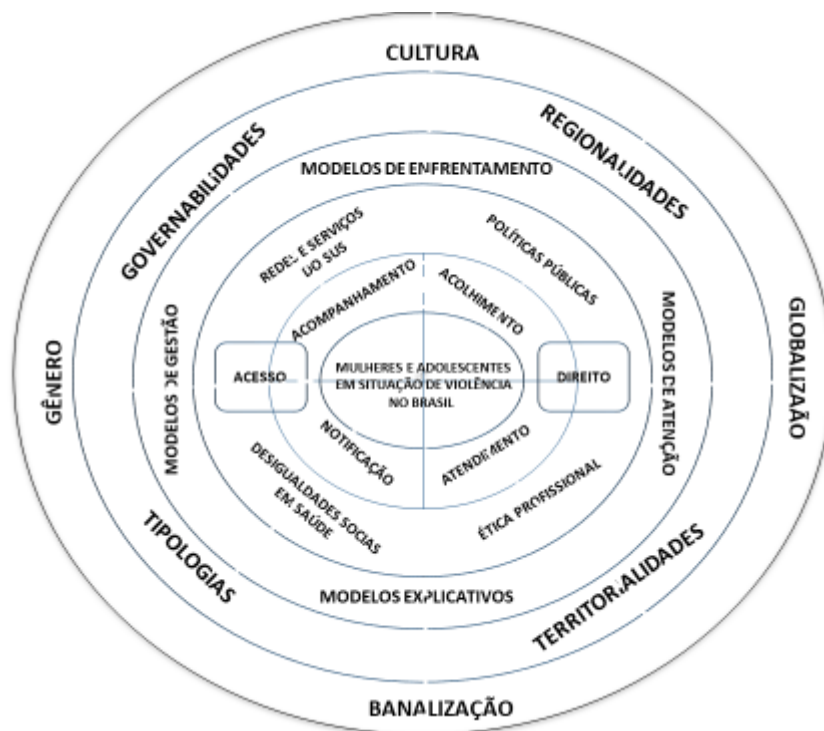
mulheres, organizados pelas universidades, institutos de pesquisa e movimentos de mulheres. Assim, torna-se possível compreender o fenômeno das violências baseadas no gênero, não mais como fenômeno, mas como práticas históricas, com características regionais, ainda que em algumas situações sejam reconhecidas as formas de violência com características proximais tais como o feminicídio e o uso de armas brancas e armas de fogo, esganaduras e as mutilações de corpos, que se caracterizam como crimes de ódio.

Nesse contexto, retornamos as teorias de Bourdieu (1999) que nos explicitam que as diferenças biológicas entre homens e mulheres são compreendidas como justificativas das diferenças sociais entre os gêneros, a partir de uma construção social naturalizada e entendida como definições inatas. Estas definições apontam como características inatas ao sexo masculino virilidade, força, poder e agressividade.

Para Bourdieu (1999:78) a virilidade negativa, que na atualidade pode ser reconhecida como uma virilidade tóxica, é “construída diante e para outros homens e contra a feminilidade”. Assim, culturalmente, as violências cometidas contra as mulheres estão baseadas em características, em algumas condições relacionais entre pares e fundamentadas como violências baseadas no gênero e podem ser reconhecidas como uma categoria de análise, conforme Scoth (1991), para que os estudos e as apreciações possam ser melhor aproveitados.

2.3. COMPLEXIDADES, INSTITUCIONALIDADES E VONTADES POLÍTICAS DIANTE DOS DETERMINANTES SOCIAIS E DA VIOLÊNCIA BASEADA NO GÊNERO NO BRASIL

Baseados em aspectos dos determinantes sociais de vulnerabilidades de gênero para as situações de violência, há que se analisar as bases de dados, numa perspectiva do local da residência e local da ocorrência do agravo, o que permite estruturar processos de intervenção que favoreçam a vida de mulheres a partir de seu contexto social e diminuam as possibilidades de ocorrência de óbitos por causas violentas.



Fonte: Desenho Original – Cláudia Araújo de Lima – DSC 2010-2014 – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/FIOCRUZ/BRASIL

Muitos aspectos sociais, tais como a localização espacial, ou os territórios onde vivem as mulheres no Brasil, sofrem com a constituição de serviços públicos e orientações técnico-administrativas para o enfrentamento a violência. Para as mulheres que vivem em regiões urbanas, sendo nas grandes cidades ou em regiões com menores potencialidades, sejam as que vivem nas regiões agrícolas, nas regiões das águas, as quais chamamos ribeirinhas, aquelas que vivem nas regiões de florestas e a índias se encontram em potencial vulnerabilidade para a violência doméstica, sexual, patrimonial, psicológica e outras violações.

Há questões relevantes que necessitam de debate e respostas institucionais urgentes para as mulheres em situação de violência no Brasil, são os determinantes sociais da violência baseada no gênero. O acesso aos direitos, ao atendimento, à justiça e a dignidade em algumas situações do cotidiano, as deixam em completa desproteção.

A banalização pela sociedade brasileira, sobre violência cometida contra mulheres, ainda que um grande volume de informações, campanhas e orientações, não se mostra diminuída. Percebe-se um aumento do número de denúncias em períodos de campanhas nacionais, mas em seguida, retoma-se o silêncio social.

Os fatos violentos são fenômenos que na sociedade do consumo imediato da informação, são chocantes e indignam por alguns minutos. A globalização é um desses determinantes, que pelo seu volume e meios de veiculação, torna os fatos como superficiais, ficando as

famílias e pessoas mais próximas a sofrerem pelas mortes violentas ou os ferimentos incapacitantes para as mulheres.

Observar os percursos históricos, a constituição das regiões e a participação das mulheres nesses movimentos, contribui para compreendermos a construção da violência cometida contra as mulheres em cada lugar. Suas características, quando estudadas profundamente, podem apontar estratégias para o enfrentamento. É possível observar os determinantes sociais da violência contra as mulheres como ações engendradas ao longo do tempo para o controle de comportamentos, dos seus corpos, de suas vontades e desejos de progresso. Quando olhamos a constituição estrutural da violência contra mulheres, percebemos que deixa de ser fenômeno.

CONSIDERAÇÕES

O Brasil que é signatário de todos os acordos internacionais que repudiam a violência contra a mulher, tem em sua histórica e violenta realidade, registros que demonstram a magnitude do problema. Nas diversas formas de violência cometidas contra mulheres, o que deixa de ser fenômeno e se coloca como violência estrutural de gênero, se apresenta como problema de segurança pública, posto que é crime, questão de saúde pública, porque afeta o físico e a mente das pessoas, como fator relacionado ao desenvolvimento social porque causa desequilíbrio estrutural e econômico ao país, como questão de educação por estar intimamente relacionado aos modelos apreendidos e perpetuados de violência contra o feminino e de justiça, porque os indivíduos necessitam por vezes, de uma reorientação social para modificação de comportamentos violentos e de reintegração social com exercícios e cultura de paz, pela não violência contra mulheres.

Com o passar dos anos e pela expressividade com que a violência ocupa espaço na vida em sociedade, seja nos espaços públicos ou privados, o assunto ganha ares de prioridade para os Governos Federal, Estadual e Municipal ao longo das décadas, seja pelo aumento da demanda nos serviços de saúde e segurança pública, seja pelo volume de denúncias nos diversos canais de comunicação desenvolvidos.

O Disque 100 que atende chamadas e providencia encaminhamentos para assuntos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, o Ligue 180 que acolhe denúncias ou telefonemas de mulheres que sofrem os mais diversos tipos de violência doméstica e sexual, sobre exploração sexual de crianças e adolescentes, mulheres e meninas que estejam em situação de tráfico ou cárcere privado e ainda os telefones para denúncias estabelecidos com números próprios em diversas cidades brasileiras, são potentes ferramentas de apoio e suporte.

As Delegacias da Mulher enfrentam dificuldades estruturais para seu efetivo funcionamento, faltam veículos, mas delegadas, agentes de polícia, funcionamento durante as vinte e quatro horas do dia e espaços físicos adequados para atuação. São resistências no espaço executivo do enfrentamento.

Os Ministérios Públicos tem sido ancoras de segurança no enfrentamento a violência contra mulheres no Brasil, por vezes são a única possibilidade de suporte para as mulheres vulneráveis.

As Casas da Mulher Brasileira, serviço de atenção integral e integrada, enfrentam dilemas de gestão e responsabilidade institucionais em Estados, as Casas da Mulher de Fronteira, ainda não se transformaram em realidade, pela dificuldade no âmbito federal, o pouco apoio estadual e a ausência de vontade política nos municípios. Violência contra mulheres não aumenta o número de votos nos períodos eleitorais. Mulheres em situação de violência ainda não são reconhecidas por todas as autoridades.

O golpe presidencial elaborado e executado a partir do legislativo brasileiro em 2016, demarcou não somente as questões no cenário político brasileiro, mas também engendrou prejuízos importantes nas políticas públicas desde então, marcadamente no que trata sobre a violência contra mulheres, com o cancelamento de ações técnicas, suspensão de recursos, diminuição de equipes, alteração de legislação e composição de conselhos de direitos sem representação paritária em esferas de gestão.

No presente, a postura machista e misógina de governantes em posto de decisão nacional, desmobiliza ações do Estado brasileiro e traz o apelo da retornada necessária dos movimentos de mulheres em defesa de direitos constitucionais e das garantias conquistadas ao longo do tempo, com o apoio dos organismos internacionais de direitos humanos.

O movimento brasileiro de mulheres, deve ser reorganizar para reconstituir os direitos humanos de todas nós. Devemos nos apropriar dos espaços públicos de poder para alterar realidades, avançar, proteger aquelas que não tiveram oportunidades de alcançar uma vida sem violência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEMBLÉIA GERAL DA ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS.

Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, *Convenção de Belém do Pará* (1994). Adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos em 6 de junho de 1994 e ratificada pelo Brasil em 27 de novembro de 1995. [S.l.: s.n], 1994.

BOURDIEU, Pierre. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 9.ed. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BOURDIEU, Pierre. *O senso prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001. Brasília, 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *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.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1198-7

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres* – Brasília. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em www.planalto.gov.br e acessado em 09.08.2021

DECRETO Nº 8.086, DE 30 DE AGOSTO DE 2013. Institui o Programa Mulher: Viver sem Violência e dá outras providências. Disponível em www.planalto.gov.br e acessado em 09.08.2021

BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis -Rev Saúde Coletiva 2007; 17(1):77-93.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.

LIMA, C.A. *Redes de atenção para mulheres em situação de violência sexual: análise do caso de Campo Grande/Mato Grosso do Sul a partir das representações sociais de seus gestores*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro. ICICT. Biblioteca de Saúde Pública/Claudia Araújo de Lima – 2014 – S729.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Resolução CD 39/14, de 1993 – Trata da violência, em todas as suas manifestações.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana da Saúde. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra. 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php acesso em 09.08.2021

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. IV Conferência Mundial sobre as Mulheres. Declaração de Beijing, 1995
http://200.130.7.5/spmu/eventos_internacionais/ONU/eventos_ONU.htm acesso em 09.08.2021

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Cairo, Egito, 1994.
http://200.130.7.5/spmu/eventos_internacionais/ONU/eventos_ONU.htm acesso em 09.08.2021

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a Mulher, *Convenção de Belém do Pará*, 1994.
<http://www.cidh.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm> acesso em 09.08.2021

SAFFIOTI, Heleieth I.B. (1992) Abuso sexual incestuoso. Relatório de pesquisa apresentado ao CNPq. Investigação realizada na cidade de São Paulo, com 52 famílias incestuosas, por meio de entrevistas gravadas com as vítimas, suas mães e agressores, entre 1988 e 1992.

SCHIENBINGER, L. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EDUSC, 2001.

SCOTT, J.W.. *Gênero: Uma categoria útil para análise histórica*. Tradução (para o português) de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1991.

IMIGRAÇÃO E VIOLÊNCIA: VIVÊNCIAS DE INTIMIDADE DE MULHERES IMIGRANTES BRASILEIRAS EM PORTUGAL

ESTEFÂNIA GONÇALVES SILVA
Universidade da Maia/CIEG-ISCSP-ULisboa (Portugal)

MAFALDA MENDES
Universidade da Maia (Portugal)

JOANA BESSA TOPA
Universidade da Maia/CIEG-ISCSP-ULisboa (Portugal)

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade, os movimentos migratórios são uma das características mais proeminentes das sociedades atuais (OIM, 2018). A elevada distribuição de bens, serviços e pessoas através da ampliação de ligações entre os países tem contribuído para que o número de pessoas a residir fora dos seus países de origem nunca fosse tão elevado como no presente momento (Curson, 2016), prevendo-se uma tendência ascendente do fenómeno migratório (Granada, Carreno, Ramos, & Ramos, 2017). A estimativa global do World Migration Report 2020 é que existiam, em 2019, cerca de 272 milhões de migrantes internacionais no mundo, o equivalente a 3,5% da população global (International Organization for Migration – IOM, 2019), constituindo as mulheres migrantes 48% do número total de pessoas migrantes no mundo. Em Portugal, segundo os dados do Relatório do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2020), o número de cidadãos/ãs estrangeiros/as titulares de autorização de residência é de 662.095. Destes/as cidadãos/ãs, 325.972 são mulheres e 336.123 são homens.

Apesar da crescente evidência da participação das mulheres nos movimentos migratórios e do inegável traço distintivo da feminização das migrações (Castles & Miller, 2003), são escassas as investigações que sustentem a análise das migrações a partir de uma ótica genderizada (Neves, Silva, Topa, & Nogueira, 2016) e a maioria dos países ainda não possui um sistema de dados que reúna informação desagregada por sexo e que diferencie os distintos tipos de movimentos (UN, 2019).

As investigações sobre a imigração feminina apenas começaram a emergir nos finais do século XX, mas permitiram identificar não só diferentes padrões de migração feminina como procuraram romper com a generalização e com o pressuposto que as mulheres migram por motivos de reagrupamento familiar, conferindo assim às mulheres um papel autónomo e mais percussor no percurso migratório (Oliveira et al., 2017). Sendo as migrações um fenómeno influenciado pelo género (Nolin, 2006), a persistência de profundas desigualdades económicas entre os países desenvolvidos e não desenvolvidos, a procura de melhores condições vida, as necessidades de fuga a conflitos armados, a episódios de violência, à discriminação e a regimes opressivos dos países de origem podem

impulsionar o processo migratório das mulheres (Asakura & Falcón, 2013; Bertoldo & Ricardo, 2017; Dias & Gonçalves, 2007; Ventura, 2018).

Todavia, nesta cadeia migratória a literatura parece ser consensual na constatação de que as migrações e as condições em que esta se processa são, muitas vezes, palco de perpetração de múltiplas violências (Silva, Neves & Nogueira, 2020).

O processo migratório é um processo complexo que pode, através das vivências presentes durante o mesmo, acarretar consequências traumáticas ou não, dependendo da rede de suporte dos indivíduos e da própria comunidade do país recetor (Topa, 2016). Vários estudos afirmam que o próprio fenómeno da imigração e todo o seu processo levam a um aumento da desigualdade de género, como as ideologias tradicionais acerca do papel de cada um/a (Annoni, 2020; El-Abani, Jacobs, Chadwick & Arun, 2018; Gonçalves & Fonseca, 2020). Consequentemente, devido a estas crenças estereotipadas, as mulheres são colocadas numa posição de maior fragilidade relativamente aos diversos tipos e formas de vitimação (Duarte & Oliveira, 2012; Marchetti, 2018; Marques & Góis, 2012; Silva, 2015). Desta forma, a vulnerabilidade social intrínseca nas mulheres imigrantes associada à sua instabilidade profissional, situação irregular, exclusão e/ou isolamento coloca-as numa posição mais propícia à discriminação, à vitimação (Neves et al., 2015) e, não raras vezes, a situações de pobreza (Oliveira & Gomes, 2018). Para além disto, a dificuldade associada ao processo de imigração por via regular pode levar a que estas mulheres recorram a redes de imigração clandestinas, havendo o aumento do risco de exploração, violência, abuso e tráfico (Figueiredo, Suleman & Botelho, 2018; Rosário, Santos, & Lima, 2011). Cada vez mais são reportadas estas situações de abuso, assédio e exploração laboral por parte de colegas de trabalho e/ou chefias (Figueiredo, Suleman & Botelho, 2018). As mulheres imigrantes sujeitam-se, muitas vezes, a estas situações de fragilidade no ambiente de trabalho (ILO, 2010) e nas suas relações de intimidade (Duarte & Oliveira, 2012) devido a condicionantes como o isolamento, a sua insegurança, o medo de serem deportadas ou perderem os/as seus/as filhos/as, a dependência económica, a vulnerabilidade social e a vergonha (Dias, Fraga & Barros, 2013; Duarte & Oliveira, 2012). As dificuldades de integração no país recetor associadas, na maioria das vezes, a barreiras no acesso à saúde, à justiça, à educação, aos serviços sociais e/ou ao mercado de trabalho (IOM, 2017), levam a que as mulheres imigrantes se sujeitem a trabalhos menos qualificados, mal salariados, muitas vezes afastados de qualquer proteção social (Neves, 2010).

As mulheres imigrantes inserem-se em trabalhos caracterizados por práticas mais invisíveis, remetendo-as para papéis mais tradicionais, vistos socialmente como destinados às mulheres (Sousa, 2020). Assim, são incluídas em trabalhos específicos como a realização de tarefas domésticas e cuidados com crianças e idosos/as (Miranda, 2009), o atendimento ao público, a restauração e a área da estética e beleza (ILO, 2016). Juntando a este trabalho mais invisível recai sobre as mulheres toda a responsabilidade relativa às tarefas domésticas e aos cuidados familiares, incluindo a integração do agregado familiar e a transmissão dos valores e costumes, tornando-se difícil a conciliação da vida profissional com a familiar (Abranches, 2007; Silva, 2015; Silva, Nogueira & Neves, 2010). Os resultados do estudo de Silva (2015) mostram que as responsabilidades domésticas pesam bastante mais sobre as mulheres imigrantes do que sobre os seus companheiros, dedicando estas ao trabalho doméstico, em média, cerca de sete vezes mais do que os homens. Um outro aspeto que

dificulta a conciliação das mulheres imigrantes é a ausência de uma rede de apoio no país recetor, nomeadamente da família, que possibilite um apoio informal e que lhes permita uma melhor articulação da vida pessoal com a vida profissional, sendo que, quando este cenário não ocorre, os seus planos profissionais são colocados em *stand by* (Inglis, 2003) e as suas necessidades pessoais são silenciadas e colocadas para segundo plano (Silva, Neves & Nogueira, 2020), reforçando assim o isolamento e perpetuando possíveis situações de violência (Vergueiro, et al., 2019). Vários estudos, como o de Rodrigues e Cantera (2017) têm vindo a concluir que as redes de apoio são determinantes importantes na violência de género e intrafamiliar, podendo contribuir para a visibilidade das mulheres e para o acesso a diferentes serviços e setores da sociedade.

As assimetrias de género podem tornar as mulheres imigrantes mais vulneráveis a experienciar diferentes tipos de vitimização tanto no processo de imigração como no próprio país recetor (Duarte & Oliveira, 2012; Machetti, 2018), podendo intensificar ou desencadear a vivência de relações íntimas violentas (Gonçalves & Matos, 2016; Silva, Neves & Nogueira, 2020; Topa, 2019). Esta violência pode ser exercida no foro pessoal pelo/a parceiro/a íntimo/a, como no foro público por profissionais de serviços, empregadores/as ou mesmo pela sociedade na sua generalidade (Piper, Rosewarne, & Withers, 2017; Premji & Shakya, 2017). Um estudo (Scott, Weaver & Kamimura, 2018) levado a cabo com uma amostra de 70 mulheres demonstrou que 90.0% das mesmas admitiu ter sido vítima de violência física ou emocional por parte do parceiro íntimo. Num outro trabalho (Campos, Lima, Moreira, Oliveira, & Oliveira, 2018) que envolveu 682 mulheres, verificou-se que 11.2% das mulheres sofreu violência por parte de desconhecidos/as, 6.4% pelo/a chefe ou empregador/a, 3.4% por agentes policiais, 3.1% pelos ex-maridos, 2.4% pelo ex-namorado e 1.6% pelo namorado. Destas, apenas 44.7% revelaram ter pedido ajuda.

O estudo de Dias, Fraga e Barros (2013) sobre a violência interpessoal em mulheres imigrantes em Portugal evidencia que das 368 mulheres participantes, 11.4% já sofreu de violência psicológica, 7,1% de violência física e 1,6% de violência sexual nos seus contextos familiares. O estudo apurou ainda que em 43.9% dos casos, a violência é executada pelo parceiro íntimo e em 17.5%, por familiares.

A partir dos relatos de 137 mulheres imigrantes vítimas de violência doméstica, também o estudo internacional de Erez, Adelman e Gregory (2014) evidencia que 34.0% das mulheres vítimas de violência física necessitaram de hospitalização após serem agredidas, ocorrendo essas agressões, em 46.0% dos casos, durante o período gestacional. Em mais de 50.0% das vítimas assiste-se ao agravamento dos episódios de violência com o processo de imigração e em 22.0% dos casos, os episódios de violência tiveram início após a chegada ao país recetor.

Também o estudo de Dias e Ramos (2019) sobre as expressões e vivências de violência de género nas mulheres imigrantes brasileiras, constatou que 90.0% das participantes já sofreram violência pelo facto de serem mulheres e imigrantes.

A este nível e situando o período pandémico que, atualmente, vivenciamos, é de registar o aumento significativo de mulheres imigrantes que recorreram à Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) neste mesmo período, registando-se entre os meses de abril e junho de 2020, uma subida de 8% para 26% no número de pedidos de

ajuda (República Portuguesa, 2020). De facto, o isolamento agravado pela pandemia COVID-19 provocou um aumento do foco das mulheres imigrantes para os trabalhos domésticos e para o cuidado com os/as filhos/as, o que por sua vez pode levar a situações de maior insegurança, limitação dos momentos de saída e contenção económica, dando mais controlo e poder ao/a agressor/a. A nível relacional, o facto da vítima estar em contacto permanente com o/a agressor/a devido às medidas de confinamento impostas, pode contribuir para um possível aumento de violência, reduzindo a possibilidade da mesma denunciar a situação em segurança (Marques, Moraes, Hasselmann, Deslandes, & Reichenheim, 2020).

Também o facto de as mulheres imigrantes não terem, muitas vezes, conhecimento acerca do funcionamento dos serviços, dos seus direitos e do próprio fenómeno da violência de género, leva a que as vítimas não procurem ajuda (Dias & Ramos, 2019; PACE, 2009). Este silêncio ocorre, ainda, quando há a presença de crenças muito consolidadas acerca dos papéis dominantes e doutrinas religiosas alicerçadas no patriarcado (Family Violence Prevention Fund, 2009). Muitas vezes, verifica-se que os/as agressores/as não permitem que as vítimas comuniquem com amigos/as e/ou familiares ou saiam de casa, controlando, na atualidade, os dispositivos tecnológicos de forma que as mulheres não tenham oportunidade de realizar um pedido de ajuda (Douglas, Harris & Dragiewicz, 2019).

Uma revisão integrativa da literatura realizada por Vergueiro e colaboradores/as (2019) acerca da perceção de mulheres imigrantes sobre as situações de violência de género e que envolveu 21 artigos, refere que as individualidades culturais das estruturas familiares e a realidade socioeconómica influenciam diretamente a violência contra as mulheres imigrantes. Daí que, para a compreensão deste fenómeno, é importante ter em consideração diversos fatores que poderão estar na base destes comportamentos e na sua perpetuação ao longo do tempo, fatores esses como a cultura, religião, classe social e globalização (Dias, 2017; Topa & Neves, 2020).

A violência nas relações de intimidade é referida como a forma mais comum de violência contra as mulheres, apresentando-se como uma ideologia social, historicamente representada desde sempre. Nas últimas décadas a violência de género centrada nas relações de intimidade tem vindo a demonstrar a desigualdade entre sexos, desvalorizando e diminuindo o sexo feminino (Neves & Costa, 2017), dando-lhe um estatuto inferior relativamente aos homens e uma vulnerabilidade inerente, tanto ao nível pessoal como social (WHO, 2014). Verifica-se que, todas as formas e consequências advindas da violência de género nas relações de intimidade, afetam a liberdade e os direitos das mulheres vítimas da mesma. Assim, este fenómeno pode ser considerado um dos maiores atentados aos Direitos Humanos de todos os tempos (Neves & Costa, 2017).

Neste sentido, torna-se fundamental intervir, quer no sentido da prevenção da violência, quer no sentido da resposta ou reabilitação em situações de efetiva ocorrência da mesma. Recentemente, através da parceria entre o Alto Comissariado para as Migrações (ACM) e a Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG), a Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) foi reforçada com a abertura de dois espaços de atendimento às mulheres imigrantes vítimas de violência doméstica e de práticas tradicionais lesivas, ambos situados no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes (CNAIM) na cidade de Lisboa e Porto, dando cumprimento ao Plano de Ação para a

Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica, da ENIND 2018- 2030 “Portugal + Igual” (Républica Portuguesa, 2020).

O Estado Português salvaguarda, ainda, na Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação (ENIND) a perspetiva interseccional como sendo a única linha para a definição e posterior execução de toda a Estratégia, tendo em consideração a interseção entre o sexo/género e outros agentes de discriminação como a idade, etnia, deficiência, nacionalidade, orientação sexual, identidade e expressão de género. Na Comissão Europeia, a ENIND assume as orientações da Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Woman (CEDAW), tendo em consideração as necessidades específicas das mulheres que apresentam, de alguma forma, uma ou mais desvantagens. Assim sendo, na Recomendação Geral n.º 28 do Comité CEDAW sobre as obrigações fundamentais dos Estados Partes refere que:

A interseccionalidade é um conceito fundamental para compreender o alcance das obrigações gerais dos Estados Parte ao abrigo do artigo 2.º. A discriminação das mulheres com base no sexo ou no género está indissociavelmente ligada a outros fatores que afetam as mulheres tais como a raça, a origem étnica, a religião ou crença, a saúde, o estado civil, a idade, a classe, a casta, a orientação sexual e a identidade de género [...]. Os Estados Partes devem reconhecer e proibir nos seus instrumentos jurídicos essas formas interseccionais de discriminação e o efeito acumulado das suas consequências negativas sobre as mulheres por estas afetadas [...] (Diário da República, 2018, p. 2226).

Tendo em consideração que as mulheres brasileiras constituem o grupo mais representativo de mulheres imigrantes em Portugal, contabilizando cerca de 86.158 pessoas (SEF, 2019), o presente capítulo tem como objetivo caracterizar as vivências de intimidade de imigrantes brasileiras residentes em Portugal bem como caracterizar situações de violência nas relações de intimidade por elas vivenciadas, constituindo um contributo para os estudos migratórios, mas também para os estudos de violência de género.

2. OBJETIVOS

O estudo teve como principais objetivos:

- Caracterizar os processos migratórios de mulheres imigrantes brasileiras residentes em Portugal;
- Caracterizar as vivências de intimidade e possíveis experiências de vitimação destas mulheres.

3. METODOLOGIA

3.1. AMOSTRA

Neste estudo participaram 114 mulheres brasileiras com idades compreendidas entre os 19 e os 57 anos, com uma média de idades de 34,4 anos (SD=7.66), sendo a maioria da região Norte de Portugal (61.4%, n=70), seguido do Centro (19.3%, n=22) e Lisboa (19.3%, n=22). Relativamente ao estado civil, 46.5% (n=53) das mulheres são casadas, 33.3% (n=38) solteiras, 12.3% (n=14) vivem em união de facto e 7.9% (n=9) são divorciadas. A maioria está numa relação afetiva heterossexual (97.9%, n=94) e 2.1% (n=2) numa relação homossexual, sendo o tempo médio de duração da relação afetiva de 8.5 anos. 69.3% (n=79) das participantes não têm filhos/as e 30.7% (n=35) têm filhos/as menores.

No que concerne às habilitações literárias, 43.0% (n=49) das participantes possuem o grau de Mestre, 32.5% (n=37) de Licenciatura, 8.8% (n=10) de Doutoramento, 8.8% (n=10) têm o Ensino Secundário, 4.4% (n=5) têm pós-graduação, 0.9% (n=1) curso técnico, 0.9% (n=1), o 1º ciclo do ensino básico e 0.9% (n=1) têm 2º ou 3º ciclo do ensino básico. Quanto à ocupação profissional exercida em Portugal, 17.5% (n=20) estão desempregadas, 23.7% (n=27) são estudantes, 9.6% (n=11) trabalham na área dos serviços, 7.1% (n=8) na investigação científica, 7.1% (n=8) na educação/formação, 6.1% (n=7) restauração ou alojamento e 5.3% (n=6) exerce funções na área da saúde. O tempo médio de permanência em Portugal é de 3.2 anos.

3.2. TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Para o estudo foi utilizado o inquérito por questionário online, composto por quatro partes, nomeadamente: 1) caracterização sociodemográfica, 2) caracterização das motivações para a imigração, 3) caracterização das perspetivas de integração e fixação e 4) caracterização das vivências de intimidade.

3.3. PROCEDIMENTOS

O questionário *ad hoc* criado no *Google Forms* foi divulgado através das redes sociais e por diversas instituições e associações ligadas à área das migrações em Portugal, por forma a que este pudesse ser partilhado e respondido pelo maior número de mulheres imigrantes brasileiras. Com um tempo médio de preenchimento de quinze minutos, a recolha de dados decorreu entre maio e setembro de 2020. Os critérios de inclusão para a participação neste estudo foram os seguintes: ter idade igual ou superior a dezoito anos; residir em Portugal; serem mulheres imigrantes de nacionalidade brasileira; e já terem vivenciado, quer no passado ou atualmente, uma relação íntima. O consentimento informado, integrado na primeira parte do questionário foi dado por todas as participantes, sendo apenas possível o preenchimento das questões do questionário em caso de concordância, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3.4. TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento e análise dos dados utilizou-se o programa IBM *Statistical Package for the Social Sciences Statistics* (IBM SPSS Statistics, versão 27.0), a partir do qual foram realizadas análises descritivas dos dados.

4. RESULTADOS

4.1. PROCESSO MIGRATÓRIO

Relativamente às motivações que levaram ao processo migratório, a maioria das participantes (62.3%, n= 71) referem que o principal factor de motivação para a imigração foi a possibilidade de crescimento pessoal e científico. 37.7% da amostra (n=43) refere os fatores socioeconómicos, 37.7% (n=43) indicam as razões profissionais, 16.7% (n=19) mencionam os fatores políticos, 14.0% (n=16) referem o relacionamento amoroso como motivação para a imigração e 8.8% (n=10) indicam a reunificação familiar como motivo para tal. 81.6% (n=93) das participantes optaram por imigrar para Portugal, sendo esta a única experiência imigratória.

34.2% (n=39) das participantes encetaram um processo de imigração autónoma para o país e 65.8% (n=75) fizeram-no acompanhadas. Destas, 48.7% (n=37) vieram acompanhadas do/a cônjuge ou companheiro/a, 32.9% (n=25) vieram com o/a cônjuge ou companheiro/a e filhos/as, 9.2% (n=7) vieram com outros familiares, 53% (n=4) vieram com amigos/as, 3,9% (n=3) vieram acompanhadas dos/as filhos/as.

58.8% (n=67) das participantes referem ter pessoas conhecidas em Portugal aquando do processo migratório, destas pessoas destacam-se os/as amigos/as (55.2%, n=37) os/as familiares (37.3%, n=25), os/as companheiros/as (7.5%, n=5) e ex-companheiros/as (3.0%, n=2).

Em Portugal, as mulheres brasileiras imigrantes enfrentam várias dificuldades no processo de integração. 55.3% (n=63) destacaram dificuldades no acesso ao mercado de trabalho, 40.4% (n=46) sentiram dificuldades no processo de regularização, 34.2% (n=39) manifestaram dificuldades em encontrar uma habitação, 31.6% (n=36) sentiram discriminação, 28.9% (n=33) relataram as dificuldades no acesso a serviços públicos, 26.3% (n=30) mencionaram dificuldades culturais, 24.6% (n=28) indicaram as barreiras linguísticas e 23.7% (n=27) dificuldades ao nível da adaptação ao clima. Contudo, e apesar das dificuldades sentidas, 85.1% (n=97) das participantes refere que voltaria a tomar a decisão de imigrar para Portugal. A maioria das participantes 68,4% (n=78) não tenciona voltar ao país de origem.

4.2. VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE

Quanto à existência de episódios de violência na intimidade, tanto em Portugal como no Brasil, os resultados mostram que 34.2% (n=39) das participantes já foram vítimas de violência no passado ou atualmente nas suas relações íntimas. Destas, 33.3% (n=13) já foram vítimas de violência na intimidade em Portugal, sendo que, atualmente, o número de vítimas de violência na intimidade é de 5.1% (n=2). 76.9% (n=30) foram vítimas de violência na intimidade no Brasil e 10.3% (n=4) foram vítimas de violência na intimidade em ambos os países.

No que concerne às tipologias de violência que as participantes sofrem ou já sofreram nas suas relações de intimidade, 87.2% (n=34) mencionam a violência psicológica, 56.4% (n=22) a violência verbal, 35.9% (n=14) o *stalking*, 28.2% (n=11) a violência sexual, 25.6% (n=10) a violência física, 20.5% (n=8) a violência social e 7.7 (n=3) a violência económica.

O agressor é identificado como sendo o/a parceiro/a (34.2%, n=39), com quem as participantes mantinham ou mantêm uma relação de intimidade, sendo que 5.1% (n=2) das mesmas coabitam, atualmente, com o/a mesmo/a.

Os atos de violência que são ou já foram alvos nas suas relações de intimidade tiveram em 41.0% (n=16) dos casos uma duração de meses e em 38.5% (n=15) uma duração de anos.

Cerca de metade das participantes (51.3%; n=20) que são ou foram vítimas de violência na intimidade referem não ter procurado ajuda. Das que o fizeram, 57.9% (n=11) referiu ter contactado os/as amigos/as, 21.1% (n=4) recorreram à família, 21.1% (n=4) contactaram as forças policiais, 10.5% (n=2) procuraram os serviços de apoio à vítima, 10.5% (n=2) pediram ajuda ao/à psicólogo/a e 5.3% (n=1) procurou ajuda junto dos/as vizinhos/as.

Relativamente a denúncias efetuadas às autoridades competentes por parte das participantes vítimas de violência na intimidade que executam ou executaram pedido de ajuda, apenas 5.3% (n=1) as realizou sempre que ocorreram os episódios de violência e 31.6% (n=6) apresentaram apenas uma única vez. Do total de mulheres que efetuaram denúncia, 50,0% (n=2) caracterizaram o apoio prestado como moderado, 25,0% (n=1) como mau e 25,0% (n=1) péssimo.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

Após a exposição dos dados anteriores podemos avançar com a discussão dos resultados que permite compreender o percurso e processo migratório das mulheres imigrantes brasileiras em Portugal e refletir sobre as vivências de intimidade das mesmas, mostrando as suas experiências de vitimação.

Embora, tendencialmente, se assuma que as mulheres migram por reunificação familiar (e.g. maridos/ companheiros/pai/ irmãos) (Oliveira et al., 2017), na atualidade, verifica-se que as mesmas já encetam uma lógica migratória autónoma, sendo este o cenário encontrado em um terço das participantes deste estudo. Motivadas pelo crescimento pessoal e científico, procuram adquirir um nível de qualificação superior nas instituições educativas portuguesas. Deste modo, parece-nos evidente que a análise do processo migratório deva ter em atenção o género e o papel das mulheres dentro dos processos migratórios de forma a dar visibilidade às mesmas (Silva, Neves & Nogueira, 2020). Os fatores socioeconómicos e profissionais assumem, também, grande expressão nesta decisão, pois tal como referido na literatura por diversos autores (Dias & Gonçalves, 2007; Peixoto, 2007; Sales, 1999; Sassen-Koob, 1980) estes estão associados, muitas vezes, às constantes crises económicas presentes nos países de origem e, conseqüentemente, à elevada taxa de desemprego (Peixoto, 2007), levando por isso à procura de melhores perspectivas e condições futuras noutros países (Ventura, 2018). Desta forma, parece verificar-se um padrão constante nas motivações das mulheres imigrantes brasileiras residentes em Portugal, procurando melhores condições a diversos níveis, quer em termos económicos e profissionais quer em termos de segurança e qualidade de vida.

Corroborando as evidências empíricas, quer a nível nacional quer a nível internacional (IOM, 2017; Oliveira & Gomes, 2018), uma das dificuldades mais evidenciadas pelas participantes do estudo foi o acesso ao mercado de trabalho no país recetor. Se, por um lado, as mulheres não conseguem emprego nas áreas para as quais se qualificaram, desiludindo as suas expectativas iniciais, por outro, sentem dificuldades no acesso ao mercado de trabalho o que pode constituir um fator limitador no processo de integração e contribuir para que o poder de decisão e de autonomia na relação íntima fique comprometido (Silva & Neves, 2011). As dificuldades no acesso à habitação e a serviços públicos são também apontados como condicionantes no processo migratório, vivenciando, deste modo, as mulheres brasileiras o agravamento de atos discriminatórios por serem imigrantes e por serem mulheres (Neves & Costa, 2017; Piper, Rosewarne, & Withers, 2017; Premji & Shakya, 2017), o que as poderá colocar em situações de risco e de maior vulnerabilidade e, também, mais expostas a práticas de discriminação, exploração e de vitimação (Annoni, 2020). Estes resultados parecem, pois, reforçar e acentuar a

genderização das migrações que continua a impactar, de forma amplamente desproporcionada, a vida das mulheres imigrantes.

No que às vivências de intimidade das mulheres brasileiras diz respeito, as evidências do estudo mostram que as vivências de intimidade das mulheres imigrantes brasileiras são marcadas por episódios de violência quer em Portugal quer no Brasil, sendo que 3 em cada 10 mulheres já foram ou são vítimas de violência na intimidade. Verifica-se que o aumento destes episódios de violência na intimidade durante o processo migratório, tal como vem sido referido na literatura (Duarte & Oliveira, 2012; Marques & Góis, 2012; Silva, 2015), não ocorreu, o que poderá evidenciar que estas mulheres encontraram na migração uma espécie de fuga a uma relação íntima violenta ou opressiva (Bertoldo & Ricardo, 2017), sendo também este um dos possíveis motivos que as leva a não querer regressar ao Brasil.

Das tipologias da violência presentes nas vivências de intimidade das mulheres brasileiras, estas vão de encontro à literatura encontrada (Campos, Lima, Moreira, Oliveira, & Oliveira, 2018; Dias, Fraga & Barros, 2013; Topa & Neves, 2020), uma vez que na maioria das participantes que sofre ou já sofreu de violência, se verifica uma maior prevalência da violência psicológica e verbal, sendo esta praticada, em todos os casos, pelo/a parceiro/a íntimo.

Os dados revelam que cerca de 72.7% das participantes que são ou foram vítimas de episódios de violência tinham idade igual ou superior a 30 anos, o que realça a transmissão de valores e normas culturais que caracterizam a aceitação e a naturalização da violência na intimidade por parte das mulheres (El-Abani, Jacobs, Chadwick & Arun, 2020; Machado & Dias, 2010), pelo que a necessidade de ações de sensibilização para as questões da violência desde faixas etárias mais jovens é crucial (Dias, Fraga & Barros, 2013; Duarte & Oliveira, 2012).

Ainda que os dados realcem que estas práticas diminuíram com o processo migratório, um dado curioso que sobressai desta investigação e que merece atenção prende-se com o facto das mulheres não se assumirem como vítimas de violência na intimidade, quer no momento atual quer no passado, mas indicarem sofrer ou já terem sofrido atos e comportamentos específicos de violência. Esta não aproximação do discurso à prática pode indicar uma falta de conhecimento sobre o fenómeno, sobre o que é, de facto, ser vítima de violência e dos comportamentos abusivos que fazem parte do grande leque de variantes presentes nos episódios de violência. Esta perceção da violência como um ato normativo do seu quotidiano devido, por vezes, às suas crenças, costumes e valores culturais levará a que as mesmas não sintam a necessidade de agir perante este fenómeno, não procurando ajuda. De facto, os dados obtidos demonstram que mais de metade das participantes, na vivência de episódios de violência não procurou ajuda nem efetuou denúncia formal, podendo este dado indicar uma possível falta de sensibilização daquilo que é, de facto, um ato de violência. A aposta no desenvolvimento de iniciativas de sensibilização para o problema é fundamental, mas é igualmente urgente e necessário que se desenvolvam e implementam intervenções adaptadas e ajustadas às mulheres imigrantes. Assim, indo de encontro ao relatório sobre o impacto das migrações internacionais, apresentado ao Conselho dos Direitos Humanos das Nações Unidas em 2019, sublinhamos a necessidade de se adotar uma perspetiva de género na análise e gestão das migrações internacionais, com políticas migratórias sensíveis às necessidades das mulheres migrantes.

A falta de conhecimento acerca do funcionamento de serviços de apoio ou do próprio fenómeno da violência de género (PACE, 2009; Topa, 2019), o desconhecimento acerca dos seus direitos através da legislação existente em Portugal ou no Brasil, o medo e a vergonha de o depoimento prestado não ser considerado fiável por falta de provas ou o medo de serem deportadas para o seu país de origem (Dias & Ramos, 2019) podem também explicar o facto destas mulheres não procurarem apoio e/ou efetuarem denúncias formais contra os/as agressores/as. A caracterização negativa que estas mulheres fazem do apoio por parte das autoridades competentes e a dificuldade sentida no acesso aos serviços públicos, como é o caso da saúde, também podem condicionar o processo de denúncia ou de pedido de apoio e constituir um entrave importante no enfrentamento da violência. Importa apostar no desenvolvimento de cuidados culturalmente congruentes às mulheres imigrantes vítimas de violência (Vergueiro, et al., 2019) assentes em estratégias interdisciplinares e transdisciplinares (Duarte & Oliveira, 2012), pois a diminuta procura de ajuda por parte das mulheres brasileiras vítimas de violência na intimidade, poderá levar a uma perpetuação destes episódios ao longo do tempo, aumentando a probabilidade do agravamento dos mesmos e, conseqüentemente, elevando a vulnerabilidade a que são expostas (Marques, Moraes, Hasselmann, Deslandes, & Reichenheim, 2020).

Embora o número reportado de vítimas atuais no estudo seja reduzido, importa salientar que o período temporal da recolha de dados do presente estudo ocorreu em plena pandemia colidindo com as medidas de confinamento e isolamento impostas, o que, em certa medida, poderá ter contribuído para ocultar outras situações de vitimação ou ter impedido as atuais vítimas de pedirem ajuda. Se os efeitos do atual surto pandémico nas migrações foram imediatos e drásticos e o seu impacto veio acentuar determinadas desigualdades de género com a reprodução de velhas assimetrias (EC, 2020), às quais as mulheres imigrantes são mais vulneráveis e desproporcionalmente mais afetadas, uma análise mais integrada que permita compreender os efeitos da pandemia nas vítimas e que tenha em atenção o período de pós-confinamento é fundamental para a identificação de políticas de prevenção a médio e longo prazo.

Esta pandemia, para além de não ter fronteiras, não afeta todas as pessoas de igual forma, nem o grau de exposição ao risco e as condições para viver os períodos de confinamento ou de contenção em dignidade são os mesmos para todos/as. Há, assim, necessidade de identificar quais grupos de mulheres imigrantes estão em maior risco de vitimação e exclusão social e propor medidas direcionadas para mitigar esses riscos. Pese embora, o respeito, a proteção e o alcance dos Direitos Humanos de todas as mulheres estejam enquadrados na Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável e no Pacto Mundial para as Migrações, as evidências a partir de uma grelha interseccional necessitam de ser fortalecidas.

Este estudo contribuiu para uma melhor compreensão acerca das vivências de intimidade das mulheres imigrantes brasileiras, caracterizando possíveis situações de violência, vulnerabilidade e dificuldades sentidas pelas mesmas durante o processo de integração e adaptação no nosso país, mas também nos interpela para o risco acrescido que a situação pandémica acarreta na vida mulheres imigrantes, mais em concreto, para as vítimas de violência na intimidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abranches, M. (2007). *Pertenças fechadas em espaços abertos: estratégias de (re)construção identitária de mulheres muçulmanas em Portugal*. Lisboa: ACIDI.
- Annoni, D. (2020). Mulheres migrantes e pandemia: vulnerabilidades sobrepostas diante da securitização internacional de fronteiras. In R. Baeninger, L. R. Vedovato, & S. Nandy (Coords.), *Imigrações internacionais e a pandemia de Covid-19*. São Paulo: NEPO.
- Asakura, H., & Falcón, M. T. (2013). Migración femenina centroamericana y violencia de género: pesadilla sin límites. *Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres*, 21(2), 75-86.
- Bertoldo, J., & Ricardo, K. H. (2017). Diálogos entre gênero e migrações: mulheres imigrantes no Brasil. *Captura críptica: direito, política, atualidade*, 6(1), 83-106.
- Campos, M. P., Lima, G. F., Moreira, R. M. M., Oliveira, L. S., & Oliveira, E. N. (2018). As tramas da violência no cotidiano de mulheres brasileiras em Portugal. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional*, 10(2), 11-18.
- Castles, S. & Miller, M. (2003). *The Age of Migration*. New York: Guildford Press.
- Curson, P. (2016). A world in motion. *Geodate*, 29, 9-13.
- Dias, I. (2017). Matrizes Teóricas da Violência de Género. In S. Neves & D. Costa (Org.), *Violências de Género* (pp. 23-44). Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Dias, M. & Ramos, M. (2019). Violência de género: expressões e vivências de mulheres brasileiras migrantes em Portugal. *Revista de Políticas Públicas*, 23(1), 268-286. doi:10.18764/2178-2865
- Dias, S., Fraga, S., & Barros, H. (2013). Interpersonal violence among immigrants in Portugal. *Journal Immigrant Minority Health*, 15, 119-124. doi: 10.1007/s10903-012-9644-0
- Dias, S., & Gonçalves, A. (2007). Migração e saúde. *Revista Migrações*, (1), 15-26.
- Douglas, H., Harris, B., & Dragiewicz, M. (2019). Technology-facilitated Domestic and Family Violence: Women's Experiences. *The British Journal of Criminology*, 59(3), 551-570.
- Duarte, M., & Oliveira, A. (2012). Mulheres nas margens: a violência doméstica e as mulheres imigrantes. *Sociologia*, 23, 223-237.

- El-Abani, S., Jacobs, S., Chadwick, K., & Arun, S. (2020). Migration and attitudes towards domestic violence against women: a case study of Libyan migrants in the UK. *Migration and Development*, 9(1), 111-130. doi:10.1080/21632324.2018.1504199
- Erez, E., Adelman, M., & Gregory, C. (2014). Intersections of immigration and domestic violence: voices of battered immigrant women. *Feminist Criminology*, 4(1), 32-56. doi:10.1177/1557085108325413
- Family Violence Prevention Fund (2009). *Intimate Partner Violence in Immigrant and Refugee Communities: Challenges, Promising Practices and Recommendations*. Recuperado de https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/ImmigrantWomen/IPV_Report_March_2009.pdf
- Figueiredo, C., Suleman, F., & Botelho, M. (2018). Workplace Abuse and Harassment: the vulnerability of informal and migrant domestic workers in Portugal. *Policy & Society*, 17(1), 65-85. doi:10.1017/S1474746416000579
- Granada, D., Carreno, I., Ramos, N., & Ramos, M. C. P. (2017). Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 21(61), 285-296. doi:10.1590/1807-57622016.0626
- Gonçalves, D. O, & Fonseca, N. S. M. (2020). Principais fatores que influenciam a desigualdade de gêneros no mundo. *Proceeding Series of the Brazilian Society of Computational and Applied Mathematics*, 7(1), 1-6. doi: 10.5540/03.2020.007.01.0419
- Gonçalves, Mariana & Matos, Marlene (2016). Prevalence of Violence against Immigrant Women: A Systematic Review of the Literature. *Journal Family Violence*, 31, 697-710. doi 10.1007/s10896-016-9820-4.
- International Labor Organization (2010). *Work and Family: The way to care is to share!*. Genebra:ILO.
- Inglis, C. (2003). *Mothers, Wives, and Workers: Australia's Migrant Women*. *Migration Information Source*, Migration Police Institute. Washington, D. C.: Migration Policy Institute.
- International Labour Organization (2016). *Gender equality in labour migration law, policy and management: GEM toolkit*. Bangkok: ILO.
- International Organization for Migration. (2017). *World Migration Report 2018*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Organization for Migration. (2019). *World Migration Report 2020*. Geneva: International Organization for Migration.

- Machado, C. & Dias, A. (2010). Abordagens culturais à vitimação: o caso da violência conjugal. In C. Machado (Coord.), *Vitimologia: das novas abordagens teóricas às novas práticas de intervenção* (pp. 14-44). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Marchetti, X. (2018). Violencia Contra las mujeres en la agenda de paz y seguridad internacional. *Revista de Relaciones Internacionales de la UNAM*, 132, 37.
- Marques, E., Moraes, C., Hasselmann, M., Deslandes, S., & Reichenheim, M. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-6.
- Marques, J. C., & Góis, P. (2012). *A emergência das migrações no feminino – feminização das migrações de (e para) Portugal e suas consequências sociopolíticas*. Lisboa: Princípiã.
- Miranda, J. (2009). *Mulheres imigrantes em Portugal: memórias, dificuldades de integração e projetos de vida*. Lisboa: ACIDI.
- Neves, S., Nogueira, C., Topa, J., & Silva, E. (2016). Mulheres imigrantes em Portugal: uma análise de gênero. *Estudos de Psicologia*, 33(4), 723-733.
- Neves, S. (2010). Tráfico de mulheres brasileiras para fins de exploração sexual em Portugal e Interseccionalidade: um estudo de caso. *Psicologia*, 2, 177-196.
- Neves, S., & Costa, D. (2017). *Violências de Género*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Neves, S., Cunha, C., Grangeia, H., & Correia, A. (2014). Inventário sobre vivências violentas nas relações íntimas (não publicado).
- Neves, S., Machado, M., Velho, H., Topa, J., & Nogueira, C. (2015). Mulheres Imigrantes Grávidas: Saúde e Violências de Género. In S. Neves, V. Duarte, C. Barbosa & N. Formiga (Coords.), *Violências na Contemporaneidade no Brasil e em Portugal* (pp. 57-72). Maia: Edições ISMAI.
- Nolin, C. (2006). *Transnational Ruptures: Gender and Forced Migration*. Aldershot: Ashgate.
- Oliveira, A. C. (2017). Uma questão de identidade! Migrações e pertencimento na dinâmica do mundo globalizado. *Revista USP*, (114), 91-108.
- Oliveira, C., & Gomes, N. (2018). *Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual 2018* (1ª Edição). Coleção Imigração e Números. Lisboa: ACM.
- Oliveira, E., Neto, F., Félix, T., Moreira, R., Cavalcante, M., & Matias, M. (2017). Violence experienced by brazilian female immigrants in Portugal. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 1(3), 655-673.

- PACE (2009). *Migrant women: at particular risk from domestic violence*. Strasbourg: Parliamentary Assembly of the Council of Europe Retrieved. Recuperado de <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-en.asp?FileId=17797>
- Peixoto, J. (2007). Dinâmicas e regimes migratórios: o caso das migrações internacionais em Portugal. *Análise Social*, 42(183), 445-469.
- Piper, N., Rosewarne, S., & Withers, M. (2017). Migrant precarity in Asia: Networks of labour activism for a rights-based governance of migration. *Development and Change*, 48(5), 1089-1110. doi:10.1111/dech.12337
- Premji, S., & Shakya, Y. (2017). Pathways between under/ unemployment and health among racialized immigrant women in Toronto. *Ethnicity & Health*, 22(1), 17-35.
- República Portuguesa (2020). *Abertura do 1.º espaço atendimento às vítimas de violência doméstica migrantes e a vítimas de práticas tradicionais nefastas no Centro Nacional de Apoio à Integração de Migrantes de Lisboa*. Lisboa: República Portuguesa.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Rosário, E., Santos, T., & Lima, S. (2011). *Discursos do Racismo em Portugal: essencialização e inferiorização nas trocas coloquiais sobre categorias minoritárias*. Lisboa: ACIDI.
- Sales, T. (1999). *Brasileiros longe de casa*. São Paulo: Editora Cortez.
- Sassen-Koob, S. (1980). Immigrants and minority workers in the organization of the labour process. *Journal of Ethnic Studies*, 8, 1-34.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2020). Relatório de imigração, fronteiras e asilo: 2020. Lisboa: SEF.
- Silva, E. (2015). *Conciliação pessoal, familiar e profissional de mulheres imigrantes residentes no distrito de Braga* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Silva, E., Neves, S., & Nogueira, C. (2020). Violência e tempos desiguais de mulheres brasileiras em Portugal e seus companheiros. In S. Neves (Coord.), *Violências de género na intimidade* (pp. 167-189). Maia: Edições ISMAI.
- Silva, E. & Neves, S. (2011). Vivências de Amor e de Intimidade em Mulheres Imigrantes. In M. Strey, A. Piason, & A. L. Julio (Orgs.), *Vida de Mulher: género, sexualidade e etnia* (pp. 207-247). Brasil: EDIPUCRS.
- Silva, E., Nogueira, C., & Neves, S. (2010). (RE)Conciliação dos usos do tempo: imigração, género e trabalho-família. *PSICO*, 41(4), 455-461.

- Scott, M., Weaver, S., & Kamimura, A. (2018). Experiences of immigrant women who applied for Violence Against Women Act (VAWA) self-petition in the United States: Analysis of legal affidavits. *Diversity and Equality in Health and Care*, 15(4), 145-150.
- Sousa, C. (2020). O pacto global para uma migração segura, ordeira e regular: a perspetiva de género como princípio orientador. In F. P. Coutinho, E. Oliveira, & M. J. Carapêto (Coords.), *Igualdade de género e mobilidade: desafios e oportunidades na lusofonia* (pp.11-25). Lisboa: CEDIS.
- Topa, J. (2016). *Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande porto: percursos, discursos e práticas. Coleção Teses 47*. Lisboa: ACM.
- Topa, J., & Neves, S. (2020). Violência de Género em Relações Íntimas, Migrações e Interseccionalidade: um estudo de caso. In S. Neves (Coord.), *Violências de Género na Intimidade* (pp. 133-166). Maia: Edições ISMAI.
- UN (2019). *Los efectos de la migración en las mujeres y las niñas migrantes: una perspectiva de género (A/HRC/41/38)*. Retrieved from <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/HRC/43/65>
- Ventura, M. (2018). Imigração, saúde global e direitos humanos. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(4), 1-3. doi:10.1590/0102-311X00054118
- Vergueiro, A., Saad, C., Macedo, C., Barrientos, D., Silva, L., & Braga, P. (2019). Percepção de mulheres imigrantes sobre a situação de violência de gênero vivenciada: Revisão Integrativa. In A. Costa (Eds.), *Atas do 8º Congresso Ibero- Americano em Investigação Qualitativa em Saúde* (pp. 1600-1609). Aveiro: Ludomedia.
- WHO (2014). *Preventing and addressing intimate partner violence against migrant and ethnic minority women: the role of the health sector*. Geneva: WHO. Recuperado de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/270180/21256-WHOIntimate-Partner-Violence_low_V7.pdf

EL COVID-19 Y LA VIOLENCIA GÉNERO: ESTADO DEL ARTE Y LA SITUACIÓN EN PORTUGAL

YOLANDA RODRÍGUEZ CASTRO
Universidade de Vigo (España)

ROSANA MARTÍNEZ ROMÁN
Universidade de Vigo (España)

FRANCISCO AGUIAR FERNÁNDEZ
Universidade de Vigo (España)

ANA ISABEL CASTRO FORTE
Instituto Saúde Pública de Porto (Portugal)

JOANA BESSA TOPA
Universidade da Maia-ISMAI &

Centro Interdisciplinar de Estudos de Género (CIEG/ISCSP-Ulisboa) (Portugal)

1. INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI la violencia de género, entendida como la manifestación de la discriminación, y de la situación de desigualdad y de poder de los hombres sobre las mujeres en sus diversas formas -física, psicológica-verbal, sexual- continúa siendo uno de los fenómenos más crueles y devastadores no sólo en los países en vías de desarrollo, sino también en las sociedades occidentales (Lameiras, Carrera y Rodríguez, 2010). Esta violencia ejercida contra las mujeres representa así un problema de tal magnitud que traspasa todas las fronteras para convertirse en una auténtica pandemia de gravísimas consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres y de las sociedades en general.

En diciembre de 2019 el SARS-CoV-2 o coronavirus se originó en Wuhan, provincia de Hubei (China), denominado por el OMS (2020) como "Covid-19" que es una enfermedad infecciosa que ataca principalmente al sistema respiratorio y se transmite de persona a persona al entrar en contacto con la expedición de gotitas de la nariz y boca. La rápida expansión de la enfermedad hizo que la OMS, el 30 de enero de 2020, la declarara como una emergencia sanitaria a nivel mundial, basándose en el impacto que el virus podría tener en países subdesarrollados con menos infraestructuras sanitarias. En el mes de marzo la enfermedad se identificó en más de cien países con más de 500 mil casos, y fue reconocida por la OMS (2020) como una "pandemia" sanitaria. Para evitar la expansión del virus, los gobiernos de casi todos los países, han impuesto restricciones de movilidad, cuarentenas, confinamientos domiciliarios, aislamiento social, y cierre de establecimientos y servicios que no fueran de primera necesidad como los de alimentación o sanitarios.

La conjunción de ambas pandemias, la de violencia de género y la de Covid-19, conforman lo que algunos investigadores/as han denominado la "tormenta perfecta" (Spiranovic et al., 2020) debido a que están provocando impactos desproporcionados y crueles en la vida de muchas mujeres (OMS, 2020).

Este capítulo comienza analizando en la literatura científica existente el impacto de la pandemia del Covid-19 en la violencia de género a nivel mundial, con una especial atención a Portugal. A continuación, describiremos el periodo de confinamiento en Portugal; seguidamente, aludiremos a las medidas extraordinarias del plan de contingencia contra la violencia doméstica en Portugal. Finalizamos este capítulo con una propuesta firme de

nuevos retos de futuro para prevenir y combatir la violencia de género en tiempos de Pandemia; así como una sucinta conclusión.

2. ESTADO DEL ARTE: COVID-19 & VIOLENCIA DE GÉNERO

Tal y como ya se ha comentado, en diciembre de 2019 se reportó el primer caso de Covid-19 en Wuhan (China) y rápidamente se expandió por todo el mundo, convirtiéndose así en una pandemia sanitaria a nivel mundial. De forma que gobiernos y autoridades de casi todos los países se han visto obligados a introducir restricciones sociales, distanciamiento social e incluso han decretado el confinamiento de la población en sus domicilios para proteger a la ciudadanía del contagio del covid-19.

La gran paradoja de estas restricciones de confinamiento y de aislamiento social asumidas por la mayoría de los países para hacer frente a la pandemia del Covid-19 es que, en vez de proteger a las víctimas de violencia de género, las han colocado en una situación de vulnerabilidad y peligro ya que se quedaron en “carceladas” en sus domicilios con sus agresores (Galea, Merchant y Lurie, 2020; Peterman et al., 2020; Van Gelder et al., 2020).

De forma que el confinamiento domiciliario ha creado las condiciones idóneas para que se incrementen las posibilidades de comportamientos violentos hacia las mujeres (Barbara et al., 2020; Lorente-Acosta, 2020) debido, principalmente, a que se ha incrementado el aislamiento de las mujeres; a que los agresores han utilizado las restricciones de movilidad y de aislamiento social para aumentar su poder y control sobre las víctimas; y esta situación ha facilitado la impunidad de los agresores ya que han aumentado las barreras para que las mujeres puedan salir a la calle a pedir ayuda y a denunciar a su agresor. En esta misma línea, diversos estudios internacionales revelan que los agresores han aprovechado las circunstancias de la pandemia para incrementar la violencia contra las mujeres (Sapir, 1993; Sakurai et al., 2017). De hecho, la violencia de género tiende a aumentar durante las situaciones de emergencias, incluidas las epidemias, y tal y como señala la ONU (2020) este incremento también se produce con la pandemia del Covid-19.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2020) estimó que, cada tres meses, se producirán 15 millones de casos adicionales de violencia de género en todo el mundo, mientras sigan existiendo las restricciones para combatir la pandemia del Covid-19. Además, el aislamiento familiar y social, el acceso a los sistemas de protección, seguridad y apoyo fueron limitados.

La violencia de género ha aumentado en todo el mundo durante este periodo de pandemia de Covid-19 (ONU, 2020). Así, lo han evidenciado los primeros informes de Reino Unido, España y Chipre que han identificado un incremento del 20% al 33% en el servicio de llamadas a líneas de ayuda a víctimas de violencia de género durante la pandemia. También en Brasil se ha dado un incremento del 40% y 50% (Bradbury-Jones y Isham, 2020; ONU, 2020) y en Argentina un 67% desde el inicio del confinamiento en marzo de 2020 (ONU, 2020).

En Estados Unidos, el estudio de Evans et al. (2020) al comparar los datos de informes recogidos entre 2018 y 2020, detectaron que los crímenes por violencia de género eran muy similares durante ese periodo. Pero durante el periodo de confinamiento de seis semanas

percibieron un aumento de casos, comprobando un crecimiento del 11% de situaciones de violencia de género. En la misma línea se sitúa el estudio de Wood et al. (2020). Además, el estudio de Sabri et al. (2020) evidenció no solo el incremento de la violencia de género sino la severidad de la misma durante la pandemia. También, el estudio de Gosangi et al. (2020) evidencia el agravamiento de la violencia de género de tipo física en los casos de detectados en comparación a los tres últimos años. Así, de las mujeres que atendieron en 2020, el 38% sufrieron violencia física, siendo un 19% grave y un 19% siendo muy grave frente a un 14% en 2018 y a un 15.7% en 2017. La misma tendencia, también la refleja el estudio americano de Jetelina et al. (2020).

En Australia, el estudio de Morgan y Boxall (2020) evidenció que durante el confinamiento un 3% de las mujeres sufrieron por primera vez violencia por parte de su pareja y dos tercios de las mujeres que ya eran víctimas de violencias de género señalaron que la violencia aumentó.

En Europa, los diversos estudios muestran el incremento de la violencia de género. Como el estudio italiano de Di Franco et al. (2020) cuando compara el periodo del confinamiento con el postconfinamiento detectan un ligero aumento (1.58%) de mujeres víctimas de violencia de género que tuvieron que acudir al servicio de urgencias del mayor Hospital italiano durante el confinamiento. Sin embargo, en Italia el servicio de ayuda telefónica para las víctimas de violencia de género tuvo un descenso de llamadas del 55% en las primeras dos semanas de marzo del 2020, en comparación con la cantidad de llamadas que recibían habitualmente (Euroviews, 2020). También en Francia se ha detectado que la red de casas de acogida para víctimas de violencia de género informó de una disminución de casos de acogimiento durante el confinamiento (Euroviews, 2020). Este descenso de datos puede deberse a que tal y como afirman Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno (2020) los servicios de apoyo y salud suelen ser de difícil acceso para las víctimas de la violencia de género durante tiempos de crisis como el que estamos viviendo de Covid-19.

En países como Perú y Jordania se constata el aumento de la violencia de género a través de las llamadas a las líneas de ayuda para la violencia de género, hasta un incremento del 48% (Agüero, 2021), y del 40% (Abuhammad, 2020), respectivamente.

En India se identifica el incremento de la violencia de género en el confinamiento a través de las publicaciones de noticias de violencia de género en los medios de comunicación nacionales, cuando lo comparan con ese mismo periodo en el año anterior (Maji, Bansod & Singh, 2020).

En Portugal, el estudio de Rodríguez-Castro, Bessa-Topa, Martínez-Román y García-Manso (2021) que analiza distintas fuentes oficiales, señala que durante el confinamiento se ha duplicado el número de consultas a los servicios de apoyo a víctimas. De hecho, se han registrado, entre el 30 de marzo y el 7 de junio, 1113 consultas presenciales, 14.806 consultas no presenciales y desde el 13 de abril y el 7 de junio 2.108 nuevas consultas. Destacan también que las tres líneas de ayuda nacionales recibieron un total de 793 solicitudes de asistencia, de los cuales 179 solicitudes han sido por email y 206 por SMS.

Según los datos Ministro de Estado y la Presidencia, la Policía de Seguridad Pública (PSP) y la Guardia Nacional Republicana (GNR) sobre las denuncias por violencia doméstica durante los meses de confinamiento (abril, mayo y junio del 2020) ascienden a un total de 6.928 (570 más que las registradas en los primeros tres meses del año 2020) (Rodríguez-Castro et al., 2021).

3. EL PERIODO DE CONFINAMIENTO EN PORTUGAL

Partiremos presentando las fases y periodos de confinamiento, así como el estado de alarma que el Gobierno de Portugal ha decretado para prevenir y combatir el Covid-19.

El 12 de marzo de 2020 el Gobierno Portugués declaró el estado de alarma, anunciando el cierre de centros educativos, centros de diversión nocturna, limitación en los aforos de los restaurantes y restricción de eventos.

Posteriormente, el 18 de marzo el Presidente de la República decreta el estado de emergencia nacional, que incluye, el confinamiento obligatorio y restricciones e la circulación en la vía pública.

El 28 de abril, el Presidente de la República anuncia que el estado de emergencia finaliza el 2 de mayo, lo que permitió a la ciudadanía portuguesa poder salir de sus casas.

El 30 de abril, el Gobierno aprueba en el Consejo de Ministros un plan para la transición de un estado de emergencia a una situación de calamidad.

Así, el 3 de mayo comienza la situación de calamidad, con la aplicación gradual de las medidas de reducción. El 29 de mayo el Gobierno aprueba, la tercera fase del plan de desconfinamiento. Y el Gobierno también aprueba la prórroga de la situación de calamidad hasta el 14 de junio.

4. MEDIDAS EXTRAORDINARIAS DEL PLAN DE CONTINGENCIA CONTRA LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN PORTUGAL

En Portugal, desde que se decretó el estado de alarma y el obligatorio confinamiento domiciliario, el Gobierno aprobó un Plan de contingencia contra la violencia doméstica¹ en la cual ha reforzado las estructuras de recepción de emergencia a víctimas de violencia de género, la asistencia telefónica, el seguimiento de las situaciones que se monitorean con mayor regularidad, la designación de un equipo para situaciones y solicitudes urgentes, la asistencia presencial en situaciones urgentes, con equipos en rotación, y la articulación con los municipios en caso de necesidad de recepción urgente.

Además, se han impulsado nuevas campañas de información y alerta para fomentar que las víctimas denuncien a su agresor, y se han implementado nuevas líneas y canales de comunicación para las víctimas de violencia de género.

También el país reforzó los recursos humanos destinados a combatir la violencia de género a través de la Ley 2/2020, de 31 de marzo, *Orçamento do Estado* para 2020, en el artículo 52 establece:

El Gobierno procede, durante el año 2020, al elevamiento de las necesidades de recursos humanos y formación en los servicios públicos con competencia en la lucha contra la

¹ Aclaración conceptual del término violencia doméstica según la legislación Portuguesa se define como (1) Quien, de forma reiteradamente o no, inflige malos tratos físicos o psicológicos, incluyendo castigos corporales, privación de la libertad y delitos sexuales: a) Al cónyuge o ex-cónyuge; b) A una persona de otro sexo o del mismo sexo con quien el agente mantenga o haya mantenido una relación de noviazgo o una relación similar a la de los cónyuges, aunque no convivan; c) El padre de un descendiente común en 1er grado; o, d) La persona especialmente indefensa, es decir, por edad, discapacidad, enfermedad, embarazo o dependencia económica, que conviva con él; se castiga con pena privativa de la libertad de uno a cinco años, si no es aplicable una pena más grave en virtud de otra disposición legal. Para saber más: Artículo 152.º del Código Penal: *Enquadramento jurídico de Violência Doméstica*.

violencia intrafamiliar, a fin de asegurar una intervención oportuna en la señalización, protección y defensa de las víctimas. (p. 23)

Además, el Gobierno procedió a la revisión de las medidas de protección a víctimas de violencia intrafamiliar con la Ley 54/2020 de 26 de agosto, por la sexta reforma de la Ley no. 112/2009, de 16 de septiembre. Así en el artículo 20 establece: “La víctima puede solicitar que se oculte su dirección de las notificaciones que provengan de las autoridades competentes que tengan al sospechoso o acusado como destinatario” (p.9).

A continuación, se van a identificar las medidas extraordinarias que se implementaron tanto las nuevas como las que ya existían, pero se reforzaron (CIG, 2020a, 2020b):

Campañas de información

Se ha llevado a cabo una gran difusión a través de Campañas que se centraron en dar consejos para la seguridad de las víctimas y en promocionar las líneas y servicios de asesoramiento y apoyo.

En concreto podemos destacar la difusión de la campaña *#Seguran-çaEmIsolamento* que se llevó a cabo a través de la televisión, radio, prensa y en diversos espacios públicos del país. Esta campaña conllevaba con una doble finalidad: por un lado, para que las víctimas pudieran pedir ayuda y al mismo tiempo, conocieran las medidas de apoyo existentes; y, por otro lado, para que la sociedad civil estuviera concienciada para estar en alerta en caso de que fuera necesario su intervención para ayudar a una víctima y denunciar el hecho.

También se puede destacar dentro de la campaña de *Consejos de seguridad hacia las víctimas* las siguientes indicaciones que les transmitían como, por ejemplo:

- Mantente en contacto con la gente de tu confianza. Identifica a miembros de la familia, a vecinos/as y a amigos/as que te pueden ayudar y recibir en sus casas en caso de que tengas que salir de tu domicilio. Estable con estas personas unos códigos de emergencia como señales, gestos, una palabra, un objeto en la ventana para que cuando estés en peligro puedan alertar a las autoridades.
- Crea un plan de seguridad en tu casa: i) identificando la habitación “más segura” de la casa, a dónde puedes ir y desde dónde tengas mejor acceso al exterior (puerta y ventana). ii) Haz fotocopias o fotografías de documentación importante como: el carnet de identidad, pasaporte, seguro médico, etc. y dáselo a las personas de tu confianza. iii) Ten preparada una bolsa de emergencia con fotocopias de documentos, llaves, ropa para ti y para tus hijos/as y medicamentos.

Creación de nuevas estructuras de emergencia para víctimas

Durante este periodo se han creado nuevas estructuras de emergencia para víctimas de violencia doméstica. Destacar las dos instalaciones de recepción temporal que tienen espacio para 100 personas con la finalidad de para apoyar a las víctimas de la violencia doméstica durante la pandemia del covid-19.

Estas dos instalaciones de recepción se unen a las 65 estructuras existentes que se encontraban en funcionamiento. La gestión de los espacios está a cargo de entidades con experiencia de intervención en esta área. La intervención se basa en dos dimensiones: el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la Red Nacional de Apoyo a Víctimas de Violencia Doméstica (RNAVVD) y la difusión de información para la sensibilización social sobre los mayores riesgos de violencia y en los servicios de apoyo y canales de solicitud de ayuda.

Servicio de información para víctimas de violencia doméstica

Este servicio de apoyo a las víctimas de violencia doméstica es un servicio telefónico gratuito, anónimo y confidencial de información que está disponible las 24 horas del día los 365 días del año, para apoyar a víctimas de violencia doméstica. Si las víctimas no pueden llamar, también pueden enviar un mensaje a la Línea SMS 3060, que también es gratuita y confidencial. Este servicio de la CIG también cuenta con un servicio de correo electrónico para hacer preguntas, solicitudes de apoyo y apoyo emocional: violencia.covid@cig.gov.pt.

Estos servicios de información y apoyo a las víctimas cuentan con profesionales especialmente capacitados para brindar atención psicosocial y apoyo a las víctimas de violencia intrafamiliar, quienes brindan información sobre sus derechos, sobre los recursos que existen en todo el territorio nacional y donde se puede obtener información psicológica, social y legal.

Servicio de denuncia por vía electrónica

Se ha creado un Sistema Electrónico de denuncias que tiene como objetivo facilitar la presentación de denuncias por vía electrónica a la GNR, PSP y SEF. El Sistema no está destinado a dar respuesta a situaciones de emergencia ni a aquellas en las que sea necesaria la respuesta inmediata de las fuerzas o servicios de seguridad, es decir, cuando se esté cometiendo el delito. En este caso, debe comunicarse de inmediato con el Número Nacional de Emergencias 112.

Refuerzo de medios de tele asistencia a víctimas de violencia doméstica

Otra de las medidas es el refuerzo de los medios de tele asistencia dirigida a las víctimas. Es una forma de protección específica, organizada en torno a un sistema tecnológico que integra un abanico de intervenciones que van desde el apoyo psicosocial hasta la protección policial, por un período no mayor a 6 meses, salvo que la entidad judicial considera que deba ampliarse. Este servicio garantiza la protección y seguridad de la víctima, garantizando, las 24 horas del día y de forma gratuita, una respuesta adecuada tanto a situaciones de emergencia como a situaciones de crisis.

App Violencia Doméstica (AppVD)

Existe una App de Violencia Doméstica que permite información georreferenciada de todos los servicios que contribuyen a apoyar a las víctimas de violencia doméstica. También esta información está disponible en una guía de recursos y servicios: <http://www.guiaderecursosvd.cig.gov.pt/>

5. NUEVOS RETOS EN EL FUTURO PARA PREVENIR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

En relación a la literatura científica existente, anteriormente expuesta, podemos establecer algunas medidas, estrategias y recomendaciones para el abordaje de la violencia de género en tiempos de Covid-19 que consideramos, así mismo, aprendizajes útiles para futuros períodos de pandemia o confinamiento.

En un primer nivel de medidas estructurales, los gobiernos deben considerar medidas nacionales que permitan mantener y consolidar las políticas de igualdad de género y las estrategias preventivas y de atención a las mujeres víctimas de violencia, aumentando los presupuestos y los esfuerzos de planificación, gestión e intervención. La agenda política en

tiempos de pandemia debe incluir de manera especial el refuerzo de las medidas de concienciación y divulgación social, de refuerzo legislativo y de provisión de servicios y recursos de tipo humano y financiero, asegurando que permitan superar los obstáculos en el acceso a los mismos de las víctimas y que las respuestas sean rápidas y eficaces. Entre otras cuestiones, esto implica reforzar las redes sociales de seguridad de todo tipo e incluir la violencia de género en las estrategias de prevención ante la pandemia. Además, es necesario evaluar e identificar los factores de riesgo relacionados con la violencia de género asociados a los períodos de confinamiento, teniendo en cuenta de una manera específica a las personas más vulnerables y que requieren especial abordaje.

Es importante que durante periodos de pandemia establecer medidas dirigidas a incrementar la identificación de las víctimas. Para ello, los servicios sanitarios deben desarrollar un papel muy importante en la detección de situaciones, propiciando programas estandarizados de detección de la violencia de género durante las visitas de salud. Es necesario el establecimiento de protocolos y mayor formación para la detección de signos de abuso, no solo a través de la atención presencial, sino también a través de la telemedicina, ya que esta se ha extendido a partir de los confinamientos, pero limita la posibilidad de examinar físicamente a las víctimas. El papel de profesionales especializados de la psiquiatría, obstetricia, radiología o incluso médicos/as de familia a este respecto debe ser potenciado. Además, se deben desarrollar programas de formación y entrenamiento específico para los profesionales de los distintos sistemas de atención para contactar a las víctimas en situaciones de emergencia y facilitar el abordaje de las situaciones y el acceso de las mismas a los recursos de ayuda. En períodos de cuarentena los proveedores de servicios deben contactar con las mujeres con antecedentes de violencia de género, evaluar su situación y proporcionarles ayuda.

Cuando las víctimas están sometidas a condiciones de mayor aislamiento o con mayores dificultades para reportar sus situaciones, el rol de los/as vecinos/as y miembros de la comunidad resulta también de vital importancia, por lo que se deben promover estrategias de concienciación y educación que favorezcan la detección y comunicación de los casos por parte de las redes comunitarias. Paralelamente, se deben aplicar soluciones innovadoras y seguras para proveer educación y counseling y establecer estrategias de seguridad en casa, identificando líneas rojas y proveyendo técnicas de desescalada con los agresores, especialmente cuando las víctimas tienen una limitada capacidad para dejar el hogar o mejorar su situación. Otras soluciones innovadoras a este respecto pueden ser ofrecer información sobre violencia de género en espacios cotidianos públicos como tiendas o dar información mientras se presta ayuda o se distribuyen alimentos.

En cuanto al uso de las nuevas tecnologías, los distintos servicios de atención (salud, judicial, social, organizaciones) deben reforzar las plataformas y los soportes virtuales, sus sistemas de seguimiento y monitorización asociados a las mismas, al tiempo que abordar las barreras en el uso de la tecnología, tanto de las víctimas como de los propios profesionales (como por ejemplo mediante la provisión de móviles y tablets, acceso a internet, etc.). En este sentido, resulta conveniente evaluar los servicios *online* de las instituciones y organizaciones para mejorar las intervenciones y proveer formación, infraestructuras y soporte para la adaptación a la modalidad de trabajo virtual.

Para evitar el cierre de servicios de atención, casas de acogida o alojamientos alternativos, o que estos limiten su accesibilidad en momentos en que las víctimas se encuentran en situaciones de especial aislamiento y vulnerabilidad, resulta fundamental priorizar sus

medios humanos, financieros o de higiene y protección. Así mismo se pueden establecer otro tipo de alojamientos seguros como hoteles o espacios de encuentro.

Asimismo, la pandemia de Covid-19 se ha convertido en una oportunidad para propiciar una evaluación de los servicios de atención a las víctimas de violencia de género, así como declararlos como "servicios esenciales", así como a las/os profesionales que intervienen en los mismos. Los gobiernos deben abordar los estresores laborales a los que estuvieron expuestos para que no se repitan en el futuro.

6. CONCLUSIÓN FINAL

La actual situación a nivel mundial que estamos viviendo, ha evidenciado que la pandemia del Covid-19 que provocó una crisis sanitaria también, repercutió directamente en el incremento de la violencia de género (Rodríguez-Castro et al., 2021). Debido a los escasos estudios de ese periodo de confinamiento domiciliario, debemos tomarnos los datos con cierta precaución a pesar de algunos estudios o informes muestren menos denuncias o menos ingresos en centros de acogida de víctimas de violencia de género como así Italia o Francia han reportado (Euroviews, 2020). Toda esta situación debe interpretarse que las víctimas como estaban aisladas, controladas y confinadas con sus agresores, no podían pedir ayuda. De forma que el abordaje de la violencia de género en el contexto de la pandemia no puede limitarse a analizar el número de denuncias que se han recibido. Está claro que las cifras sólo reflejan la punta del iceberg de la violencia de género.

A pesar de que Portugal ha puesto en marcha diferentes iniciativas y medidas encaminadas a paliar el impacto de la pandemia en la violencia de género ante la crisis del Covid-19, urge adoptar más estrategias de prevención e intervención que incorporen la perspectiva de género para evitar que esta crisis, y otras futuras, provoquen un incremento y un agravamiento en las violencias que sufren las mujeres.

7. REFERENCIAS

- Abuhammad, S. (2020). Violence against Jordanian Women during COVID-19 Outbreak. *The International Journal of Clinical Practice*, 75(3). <https://doi.org/10.1111/ijcp.13824>
- Agüero, J. (2020). COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World Development*, 137. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105217>
- Barbara, G., Facchin, F., Micci, L., Rendiniello, M., Giulini, P., Cattaneo, C., & Kustermann, A. (2020). COVID-19, lockdown, and intimate partner violence: Some data from an Italian service and suggestions for future approaches. *Journal of women's health*, 29(10), 1239-1242.
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13-14), 2047-2049.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (CIG). (2020a). *Monitorização RNAVVD e linhas de apoio CIG*. <https://www.cig.gov.pt/https://www.cig.gov.pt/2020/06/monitorizacao-rnavvd-linhas-apoio-cig/>
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (CIG). (2020b). *Conselhos de segurança*. <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/covid-19-seguranca-em-isolamento/>
- Di Franco, M. Martines, G., Carpinteri, G. Trovato, G., & Catalano, D. (2020). Domestic violence detection amid the COVID-19 pandemic: the value of the WHO questionnaire in emergency medicine. *International Journal of Medicine*, 1-5. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa333>

- Euronews. (2020). *Domestic violence cases jump 30% during lockdown in France*. <https://www.euronews.com/2020/03/28/domestic-violence-asesjump-30-during-lockdown-in-france>
- Evans, D., Hawk, S., & Ripkey, C. (2020). Domestic violence in Atlanta, Georgia before and during COVID-19. *Violence and Gender*. <https://doi.org/10.1089/vio.2020.0061>
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Internal medicine*, 180(6), 817-818. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562>
- Gosangi, B., Park, H., Thomas, R., Gujrathi, R., Bay, C. P., Raja, A. S., Seltzer, S., Chadwick, M., McDonald, M., Orgill, D., Harris, M., Boland, G., Rexrode, K., & Khurana, B. (2021). Exacerbation of Physical Intimate Partner Violence during COVID-19 Pandemic. *Radiology*, 298(1), 38-45. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202866>
- Jetelina, K., Knell, G., Molsberry, R. (2021). Changes in intimate partner violence during the early stages of the COVID-19 pandemic in the USA. *Inj Prev*, 27, 93-97. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2020-043831>
- Lameiras, M., Carrera, M.V. & Rodríguez Castro, Y. (2010). La violencia sexual contra las mujeres: abordaje psicosocial. En M. Lameiras & I. Iglesias (Eds.), *Violencia de género. La violencia sexual a debate* (pp. 13-50). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
- Maji, S., Bansod, S., & Singh, T. (2020). Domestic violence during COVID-19 pandemic: The case for Indian women. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/casp.2501>
- Morgan, A., & Boxall, H. (2020). Social isolation, time spent at home, financial stress and domestic violence during the COVID-19 pandemic. *Trends & issues in crime and criminal justice*, 609, 1-18.
- OMS. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMI3ezN8eie8QIVpxoGAB25oQ9vEAAAYASAAEGK3ofD_BwE
- ONU. (2020). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
- ONU. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*. <https://www.unwomen.org/-media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>
- ONU. (2021). *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Van Gelder, N. (2020). *Pandemics and violence against women and children*. Center for Global Development.
- Portugal. Decreto n.º 2-A/2020, Diário da República No. 57/2020, 1º Suplemento, Série I. <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=3f8e87a6-3cf1-4d0c-b5ee-72225a73cd4f>
- Portugal. Decreto-Lei n.º 19-A/2020, Diário da República No. 85/2020, 3º Suplemento, Série. <https://dre.pt/application/conteudo/132883341>
- Real Decreto-Ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-4209>
- Rodríguez-Castro, Y., Bessa-Topa, J., Martínez-Román, R., & García-Manso, A. (2021). La tormenta perfecta: el Covid-19 y la violencia de género en España y Portugal. En *Reflexiones pluridisciplinares en torno a la construcción de identidades*. Madrid: Dykinson.
- Ruiz-Pérez, I., & Pastor-Moreno, G. (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>

- Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>
- Sakurai, K., Nishigori, H., Nishigori, T., Mizuno, S., Obara, T., Iwama, N., & Yaegashi, N. (2017). Incidence of domestic violence against pregnant females after the great east Japan earthquake in Miyagi Prefecture: the Japan environment and Children's Study. *Disaster medicine and public health preparedness*, 11(2), 216-226.
- Sapir, D. (1993). Natural and man-made disasters: the vulnerability of women-headed households and children without families. *World health statistics quarterly*, 46(4), 227-233.
- Spiranovic, C., Hudson, N., Winter, R., Stanford, S., Norris, K., Bartkowiak-Theron, I., & Cashman, K. (2020). Navigating risk and protective factors for family violence during and after the COVID-19 'perfect storm'. *Current Issues in Criminal Justice*, 1-14. <https://doi.org/10.1080/10345329.2020.1849933>
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- Wood, L., Schrag, R., Baumler, E., Hairston, D., Guillot-Wright, S., Torres, E., & Temple, J. (2020). On the Front Lines of the COVID-19 Pandemic: Occupational Experiences of the Intimate Partner Violence and Sexual Assault Workforce. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0886260520983304>

PANDEMIA POR COVID-19 E VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA DE GÉNERO NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA

JOANA BESSA TOPA

Universidade da Maia-ISMAI &

Centro Interdisciplinar de Estudos de Género (CIEG/ISCSP-Ulisboa) (Portugal)

YOLANDA RODRÍGUEZ CASTRO

Universidade de Vigo (Espanha)

ROSANA MARTÍNEZ ROMÁN

Universidade de Vigo (Espanha)

ANA ISABEL CASTRO FORTE

Instituto Saúde Pública de Porto (Portugal) &

Universidade de Vigo (Espanha)

1. INTRODUÇÃO

O surto de pandemia COVID-19 tornou-se uma crise mundial com dimensões multifacetadas. A pandemia exacerbou as crises de saúde, sociopolíticas e económicas preexistentes. Mulheres, crianças, minorias sexuais e de género e minorias raciais e étnicas foram afetadas de forma desproporcional pela pandemia de COVID-19 (Mukhtar, Mukhtar & Rana, 2021), especialmente no que a vivências violentas diz respeito.

A violência de género, definida nas últimas duas décadas, como a violência praticada contra as mulheres é um fenómeno persistente que assume múltiplas causas, formas e efeitos e que interage com fatores como a etnia, a cultura, a religião, a pobreza, globalização e défices de democracia (Dias, 2017).

Definida na Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher (CEDAW) como «qualquer ato baseado no género que resulte ou possa resultar em danos mentais ou sexuais, ou sofrimentos para a mulher, incluindo ameaças, atos de coerção ou privação arbitrária de liberdade seja na vida pública, seja privada» (UN, 1993) é tida como um fenómeno universal estrutural assente em assimetrias decorrentes de relações sociais desiguais entre os sexos (Conselho da Europa, 2011).

A violência de género nas relações de intimidade é uma das formas de violência de género mais prevalentes (WHO, 2013) que afecta de forma desproporcionada as mulheres. Claro está, que o fenómeno da violência de género, preconiza uma compreensão do género no contexto, considerando outras pertenças identitárias (e.g., etnia, estatuto socioeconómico, religião) que se confluem e que, em interação com o género interseccionam as vivências das suas vítimas (e.g., indígenas, deslocadas, em movimento, institucionalizadas, idosas) (Crenshaw, 1991, 2002; Collins, 2000; Collins & Bilge, 2016).

Se antes da crise pandémica da COVID-19 a violência de género já era considerada um dos maiores flagelos sociais à escala mundial, onde uma em cada três mulheres sofria danos físicos, sexuais ou psicológicos por parte de um parceiro íntimo ou ex-parceiro (FRA,

2014) e onde se estimava que 35% das mulheres tivessem sido, em algum momento da sua vida, sujeitas a violência física e/ou sexual por parte de um parceiro íntimo de uma relação atual ou pretérita e/ou por parte de estranhos (UN, 2015), rapidamente se percebe o potencial nefasto que a crise pandémica poderia acarretar.

De facto, a pandemia por COVID-19 não é neutra em termos de género. As desigualdades afetaram desproporcionalmente as mulheres, o seu bem-estar e resiliência económica, onde as tarefas domésticas e dos cuidados a filhos/as, pessoas idosas e doentes recaem sobre as mulheres. As desigualdades de género pré-existentes, a par do stress com o stress económico e social e com as medidas restritas de movimento e isolamento social para o controlo da pandemia, corporizaram factores catalizadores com claras e inequívocas repercussões nas situações de violência de género nas relações de intimidade (Moreira & Costa, 2020; Zero & Geary, 2020). O isolamento social, a exposição a factores de stress económico e psicológico, aumento dos mecanismos negativos de resposta (como o abuso de substâncias) e as limitações em aceder a mecanismos habituais de apoio ou escapar a situações abusivas, parecem ter criado as condições perfeitas para que a violência de género nas relações de intimidade se tornasse rapidamente numa pandemia sombra da COVID-19 (Campbell, 2020), com claros riscos para as mulheres.

A pandemia e seus múltiplos impactos ameaçam reverter o progresso limitado dos indicadores de igualdade de género nos países e obstaculizar ainda mais os direitos das mulheres (ONU MULHERES, 2020).

O Comité das Partes na Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e Combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (Convenção de Istambul) ciente desta conexão perigosa alertou os estados membros para os problemas de violência doméstica durante a pandemia pedindo um reforço das medidas de prevenção e apoio (Conselho da Europa, 2020).

Vários países como a China, França, Reino Unido, Argentina, Espanha, Itália, Austrália e os Estados Unidos sentiram um aumento exponencial nos pedidos de apoio de vítimas (Campbell, 2020; Peterman et al., 2020; Ruiz-Peres & Moreno, 2020), contrariamente a Portugal que, numa fase inicial, teve um decréscimo no número de pedidos de auxílio (República Portuguesa, 2020) mas que muito rapidamente teve um crescimento significativo.

Se no país, antes da crise pandémica do coronavírus, a violência de género já era considerada altamente prevalente com 24% das mulheres portuguesas que participaram no Estudo da Agência para os Direitos Fundamentais da Europa a referirem ter sofrido violência física e/ou sexual após terem atingido os 15 anos de idade (FRA, 2014), com consequências sociais, psicológicas e físicas negativas para as suas vítimas. Ciente que o decréscimo dos números de denúncia poderiam derivar de outros problemas estruturais, o governo português colocou muito celeremente em marcha um conjunto de medidas tentando deste modo minimizar o risco em que as vítimas se encontravam (Rodríguez Castro et al., 2021).

As evidências sobre os impactos na violência de género nas relações de intimidade, conceptualizada em termos legislativos no país como violência doméstica, em tempos de pandemia em Portugal são ainda muito limitadas. O estudo quantitativo desenvolvido por Gama e colaboradores (2021), que teve por objetivo examinar a ocorrência de violência doméstica, factores associados e procura de ajuda durante a pandemia COVID-19 entre

abril-outubro de 2020, mostrou que num total de 1062 respondentes, 146 (13,7%) relataram ter sofrido violência doméstica durante a pandemia, incluindo psicológica (13,0%, n = 138), sexual (1,0%, n = 11) e física (0,9%, n = 10). Percebe-se com o estudo que a maioria das vítimas não procurou ajuda (62,3%), sendo os principais motivos considerá-la desnecessária, que a ajuda não mudaria nada e sentir-se constrangida com o ocorrido.

O presente capítulo tem como objetivo caracterizar as situações de violência de género nas relações de intimidade (VGRI) vivenciadas por mulheres residentes em Portugal durante a pandemia por COVID-19 potenciando um contributo empírico qualitativo na leitura e compreensão do fenómeno mas também um compromisso social e político impulsionador da construção mais informada sobre os impactos da pandemia por COVID-19 nas dinâmicas e processos violentos.

2. OBJETIVOS

O estudo teve como principais objetivos:

- Aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas e processos de violência de género nos relacionamentos antes e durante o período pandémico;
- Compreender as consequências da violência na vida das vítimas em termos individuais, sociais e relacionais.

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 6 mulheres vítimas de VGRI, com idades compreendidas entre os 20 e os 66 anos (\bar{x} =40.7 anos), residentes no Grande Porto em Portugal. Destas, 2 eram de nacionalidade portuguesa, 1 de nacionalidade moldávia, 1 angolana, 1 do Gabão e uma de nacionalidade cabo-verdiana. Três das participantes tinham estudos básicos (4º e 12º ano), uma vítima era assistente de enfermagem e apenas uma entrevistada tinha estudos universitários. A nível ocupacional, a situação de desemprego assume maior relevo entre as entrevistadas. Em termos de orientação sexual, todas se apresentaram como heterossexuais. Ao considerar-se o estado civil, observa-se que a maioria (3) se encontra divorciada, 2 são solteiras e uma está em união de facto. A maioria das entrevistadas tinha crianças a cargo. Relativamente ao tempo de permanência em Portugal das mulheres imigrantes entrevistadas, este varia entre os 1 ano e meio e os 12 anos (\bar{x} = 5.9 anos). Todas as participantes já eram vítimas de VGRI antes da pandemia, todavia face à agudização da mesma durante o período pandémico 4 estiveram em situação de casa abrigo.

3.2 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi realizada com base numa metodologia qualitativa, descritiva e experiencial, fazendo a recolha de dados através da entrevista qualitativa semi diretiva. De acordo com Bogdan e Biklen (1998, p. 134, tradução nossa), a entrevista permite “entrar no mundo de outra pessoa” uma vez que permite aceder, atrás da análise do material biográfico, aos seus discursos e práticas discursivas assim como a dados de difícil aquisição por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos, significados

e intenções (Nogueira-Martins & Bógus, 2004). Através destes significados encontra-se a representação dos fenómenos, mas também a presença significativa da cultura e da forma como ela é apreendida pelas/os participantes, o que permite, por sua vez, captar a relação entre organização social e a experiência vivenciada (Bardin, 2009).

Para tal, foi elaborado um guião de perguntas ad hoc de carácter semi-estruturado tendo em conta os objetivos do estudo. As questões estão divididas nos três conjuntos temáticos que se apresentam:

Grupo I. Dados sociodemográficos (idade, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação profissional, religião, se tem filhos/as, e se sim quantos, anos de permanência em Portugal (no caso de mulheres imigrantes).

Grupo II. Antes do Confinamento - questões relativas a:

- ii. Trajetórias de relacionamento no contexto de intimidade com o atual/último namorado/companheiro/marido antes da situação pandémica;
- ii. Situação socioeconómica e de saúde;

Grupo III. Durante e depois do Confinamento - questões relativas a:

- iii. Trajetórias de relacionamento no contexto de intimidade com o atual/último namorado/companheiro/marido durante e após a situação pandémica.
- iii. Situação socioeconómica e de saúde

3.3 PROCEDIMENTOS

A recolha dos dados conduzida requereu um contacto inicial com as entidades pertencentes à Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica do norte de Portugal, de forma a melhor explicar os objetivos, métodos e instrumentos inerentes à investigação. Após a autorização das entidades foi estabelecido contacto com as vítimas, pedindo a sua colaboração no estudo após explicação dos objetivos e metodologias utilizadas. Foi assinado o consentimento informado onde foi garantido o direito à informação e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. As entrevistas foram realizadas por meio de plataformas online com uma duração média de 60 minutos.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento e análise dos dados foi utilizado o programa informático ATLAS.ti v.8. O uso deste software permitiu triangular os dados, gerir o tratamento de informação assim como processar os dados das participantes em categorias e subcategorias de análise. O processo de codificação e categorização seguiu as regras propostas por Bardin (1986) e Ruiz-Olabuenaga (2012): 1. Exaustividade: construíram-se as categorias seguindo um critério único, diferente e exclusivo; 2. Integridade: toda a informação foi incluída em categorias; 3. Exclusividade: cada informação só é incluída numa categoria; 4. Semi-indução: procedeu-se a uma pré-categorização seguindo as frases ou termos utilizados pelos/as participantes; 5. Pertinência da categoria: o conteúdo e o nome da categoria devem ser coerentes e de acordo com as palavras ou frases utilizadas pelos/as participantes; 6. Objetividade: as categorias devem ser claras e permitir que vários/as investigadores/as incluam essa informação numa categoria e não noutra.

A tabela seguinte apresenta as categorias e subcategorias obtidas na análise dos dados recolhidos:

Tabela 1. Categorias de 1ª e 2ª ordem

Categorias Primárias	Categorias Secundárias
Perceção das Vítimas sobre VG	Considerações sobre a violência
	Fatores de risco
Vivências de Violência Género nas Relações de Intimidade durante a pandemia	Tipologias da Violência
	Impactos da Vitimação
	Reações da Vítima

Fonte: elaboração própria

4. RESULTADOS

Com base nestas seis entrevistas a mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade e tendo como ponto de partida os objetivos e questões de investigação apresentadas, a partir da leitura do nosso corpus de análise, conseguimos identificar duas categorias principais: 1. Percepções sobre a Violência de Género e 2. Vivências de Violência de Género nas Relações de Intimidade durante a Pandemia.

4.1. PERCEPÇÕES SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÉNERO

4.1.1. Considerações sobre a violência doméstica

As participantes destacaram alguns aspectos que caracterizam o fenómeno de violência doméstica. Este tende a ser caracterizado como um fenómeno *genderizado* baseado na sua pertença de género, transversal, que fragiliza as mulheres nas relações de intimidade e que não as dignifica, *A violência doméstica não é a vida, porque somos humanos. Mulher é mãe. Mulher, é mulher. Mulher, é filha. Tu não pode fazer mal à tua filha. Tu não pode fazer mal à tua mãe.* (E1, imigrante).

Apesar de discursos, em que se denota uma clara consciência das dinâmicas e processos da violência, para algumas das participantes existe uma auto-culpabilização por parte das vítimas, *Não tem que aceitar ser subjugada. Eu acho que o problema não é só de fora. Eu acho que é mesmo nosso* (E5, portuguesa) existindo uma internalização de noções patriarcais, as quais legitimam e naturalizam diversos tipos de violência contra as mulheres.

As participantes identificaram diferentes tipologias e dinâmicas de violência de género, *não é sempre igual. Pode ser física ou psicológica, mas acho que também não é só em relação ao companheiro, mas também os familiares* (E5, portuguesa) que conduzem ao denegrimento das suas vítimas, *São todos os comportamentos (...) impróprios, não dignos e eu até escrevi que envolvam violência ou outros tipos de abusos por parte de uma outra pessoa.* (E3, portuguesa)

Algumas das vivências de violência das mulheres participantes começaram na infância ou juventude perpetradas por familiares, *Sofri violência (...). Eu tinha 17 anos e eram os meus pais e eu, não podia fazer nada* (E5, portuguesa) tendo-se estendido para a idade adulta, vítimas dos seus companheiros ou ex-companheiros e naturalizadas culturalmente ou pelas

leis nacionais, *Já aconteceu com o pai do meu filho mais velho (...) na minha terra a violência não é um crime* (E1, imigrante) ou mesmo pelas suas famílias *...tanto da parte dele como da parte da família dele. Porque eu morava com eles...* (E2, imigrante)

Para a participante 6 (imigrante), nunca existiu nenhum indício que a alertasse durante a fase de namoro, *Comecei a namorar (...). tinha 18 anos, na universidade. Sempre foi respeitoso e amoroso. Decidimos migrar a Portugal para tentar melhorar de vida (...) e nunca tivemos brigas ou qualquer tipo de discussão ou maltrato.*

Contudo, para outras participantes o início da violência localiza-se no também no início dos relacionamentos de intimidade *Na terra natal ele (...) já começou a fazer asneiras...perdoei mas piorou* (E1, imigrante) ou ao longo da relação, *(...) passado algum tempo, começou a ser difícil trabalhar porque estávamos sempre a discutir e (...) não me deixava sair de casa.* (E2, imigrante). Tendo sido destacado por algumas o facto da violência ocorrer apenas após a imigração para Portugal, *Eu conheci meu ex-marido na minha terra. Porque é português e foi na minha terra trabalhar (...) era um anjo. (...) as situações de violência aconteceram cá em Portugal.* (E1, imigrante)

Tido como *(...) um filme de terror.* (E4), algumas das participantes evidenciam que sentiram dificuldades em perceber quais os limites ténues que existem por vezes entre uma relação amorosa saudável e uma relação abusiva. *Eu pensava que aquilo era amor. Ai, afinal, não era, não é. Uma pessoa pensa que conhece, mas, afinal, não conhece.* (E2, imigrante). Percebe-se nos discursos destas mulheres que a consciência de que se está a ser vítima de VD nem sempre é clara, *Quando vim pra cá continuei a achar, pensava que não era vítima de violência doméstica porque eu pensava que só que era vítima, era quem apanhava. (...) mesmo que as pessoas digam que está errado, pra ti aquilo é o certo (...) Não consegue distinguir.* (E2, imigrante)

4.2. VIVÊNCIAS DE VIOLÊNCIA DE GÉNERO NAS RELAÇÕES DE INTIMIDADE DURANTE A PANDEMIA

4.2.1 Fatores de risco

As participantes evidenciaram diferentes fatores de risco para a violência doméstica que contribuíram para agudizar as situações de violência pré-existentes durante o período de confinamento.

Assim, destaca-se como principal fator de risco, comuns às participantes portuguesas e imigrantes: a dependência do companheiro em virtude de uma situação socioeconómica, *Em 5 anos só tenho trabalho...só este ano. (...). Sou dependente do meu marido* (E1, imigrante); *Depois de o conhecer, parece que me quis tirar tudo. Eu fiquei a depender única e exclusivamente dele.* (E3, portuguesa)

A maioria das participantes tinha uma situação frágil e vulnerável, dependendo exclusivamente do companheiro, da sua família ou de prestações pecuniárias de apoio social, *estou desempregada de longa duração e estou a usufruir do RSI.* (E3, portuguesa) devido ao impedimento que sentiam por parte dos companheiros para trabalhar, da sua condição de gravidez de risco *Eu tinha parado (de trabalhar) em janeiro quando eu tive uma gravidez de risco* (E5, portuguesa) e da dificuldade que sentiam na conciliação pessoal, profissional e familiar *(...) quando ela fez 3 meses porque eu precisava de*

trabalhar. E nenhum deles me ajudava porque ninguém queria ficar com ela, nem ele também, por isso eu não consegui trabalhar. (E2, imigrante)

Estas dificuldades foram agravadas durante o período de confinamento com a perda de empregos, *Estava a trabalhar num salão de beleza e nessa pandemia está fechado e eu estou em casa* (E4, imigrante), ou com a precariedade laboral que as obrigou a ter múltiplos empregos para sobreviverem, (...) *com a chegada da pandemia a nossa vida mudou completamente. (...) trabalhava num hotel como rececionista (...) fechou pelo lockdown, assim que tive que buscar outro emprego e consegui numa padaria e fazer a limpeza de alguns edifícios.* (E6, imigrante)

No caso da participante 6 o desemprego do companheiro durante o período do confinamento configurou um stressor adicional, *A nossa relação foi ficando tensa e ele passou a depender de mim para tudo pois eu era a única que aportava dinheiro para casa.* (E6, imigrante)

Enquanto factores de risco específicos das vítimas imigrantes foram referidos, a sua situação administrativa, *O meu documento tinha caducado, então basicamente estava ilegal. (...) fiquei sem documentos durante algum tempo* (E2, imigrante), o desconhecimento de direitos e serviços de apoio. Mesmo tendo a sua situação regularizada no país, algumas das participantes tinham dificuldades em perceber não só os seus direitos mas como se movimentar socialmente para solicitar ajuda, *Quando eu estava na casa dele, tinha a situação regularizada, mas não sabia onde podia ir* (E1, imigrante) e a falta de rede social e/ou isolamento associado à vinda para Portugal, *Quando eu cheguei aqui a Portugal, ficou muito pior* (E1, imigrante), e ao afastamento da rede sociofamiliar de suporte *Afastei-me de muita gente por causa da relação e as pessoas que conviviam comigo diziam que aquilo (...) que ele fazia comigo era violência doméstica (...)* (E2, imigrante) levou a que muitas mulheres ficassem isoladas. *A única coisa que eu fazia era ficar no quarto. Depois que a minha filha nasceu também sempre tivemos no quarto, basicamente a nossa vida era essa* (E2, imigrante). Também a decisão de pôr fim a uma gravidez de uma das participantes, face às dificuldades económicas que atravessava com o seu companheiro durante a pandemia, *com a chegada da pandemia a nossa vida mudou completamente. Aquí no Porto fiquei grávida na época em que justamente entrou em confinamento. E aí começou os nossos problemas. Eu não queria seguir com a gravidez por achar que não tínhamos capacidade de manter 3 bocas, mas meu companheiro queria que eu seguisse com a gravidez.... (chora) sabe somos católicos ortodoxos não é fácil aceitar o aborto (...)* (E6, imigrante)

Percebe-se que as mulheres imigrantes participantes neste estudo, fruto de inúmeras condicionantes (e.g., situação administrativa, rede social de apoio, desconhecimento dos seus direitos), evidenciam dificuldades um pouco distintas das mulheres portuguesas que leva a que estas mulheres, mesmo após a saída da situação de violência, se defrontem com dificuldades múltiplas de integração social, das quais se destaca como as de maior relevância, as questões habitacionais, *Eu não consigo ver uma solução pra mim porque eu já tentei (...) Estive a falar com os técnicos para saber a possibilidade de me inscrever naquilo das habitações para ajudar no arrendamento, né, que os jovens conseguem, mas não tendo contrato de trabalho, não consigo.* (E2, imigrante)

Claro está que, quando questionado se estas mulheres tinham sentido alterações das dinâmicas de violência durante o período de confinamento, as participantes enunciam que tudo ficou pior. Algumas referem que só o falar já propiciava situações violentas, *Eu não*

tinha voto na matéria, não podia opinar rigorosamente nada (E3, portuguesa); *Eu queria falar e não conseguia porque eu já tinha medo que levassem a mal alguma coisa* (E5, portuguesa). Bem como o facto de passarem mais tempo no mesmo espaço parece ter agudizado as situações de conflito, (...) *não vou dizer que foi o COVID ou o confinamento que veio piorar uma coisa que já estava podre, pronto apodreceu mais rápido. Mas as coisas já não estavam bem não é, mas o facto de uma pessoa não poder sair, não poder distrair um pouco, isso ainda piorou muito mais. (...) o facto de passarmos mais tempo no mesmo espaço. Como já não havia respeito, isso ainda piorou.* (E3, portuguesa); *Durante esse período de confinamento as situações de violência pioraram. Estando juntos 24 por 24, isso aumentou.* (E5, portuguesa)

4.2.2 Tipologias da Violência

Estas mulheres vivenciaram diferentes tipos de violência no decurso das suas relações de intimidade. Quando lhes pedimos para descrever que tipologias existiram antes e durante a pandemia por COVID-19 e respectivo período de confinamento percebe-se que esteve presente a:

Violência Física

A violência física foi elencada como presente na vida de muitas das participantes antes da situação pandémica, (...) *a violência foi mais física. Ele chegou à minha beira e colocou-me a mão no pescoço. Eu acho que nem conseguia respirar, entende? (...) Eu tinha o meu pescoço com sangue, ele empurrou-me, magoou-me*". (E3, portuguesa), onde a situação de gravidez fora o fator precipitante, depois *começou, aos poucos, foi ganhando gosto e começou a ser mais bruto, não é. Depois que fiquei grávida começou-me a bater, dava-me umas chapadas quando lhe apetecia (...) uma vez bateu-me na rua.* (E2, imigrante). A vítima 2 não só era sujeita a agressões físicas como era privada de ter acesso a bens alimentares, *E muitas vezes passava fome em casa porque a família dele (...) não me dava nada a mim (...)* (E2, imigrante)

Para outras vítimas os episódios de violência física iniciaram durante a pandemia e o confinamento *Ao regressar a casa nesse dia ele se apercebeu e foi aí que ele me bateu violentamente atirando-me contra a parede e me soqueando quebrando-me um dente* (E6, imigrante) incluindo, em algumas situações, controlo de movimentos *não me deixava sair de casa* (E2, imigrante) e monitorização comportamental mais severa *Dizia que não podia sair, ele é que ia ao supermercado. Eu só ia lá uma vez por outra.* (E3, portuguesa)

Outros iniciaram consumos de álcool o que, segundo as perceções das vítimas, despoletou às primeiras agressões, *Ele começou a beber e dia a pós dia foi se tornando mais violento até que no final de abril já começos de maio pela 1 vez me bateu dando-me umas bofetadas, era só o começo do que estava por vir. (...) No início de junho (...) ele me bateu de cinto.* (E6, imigrante); (...) *primeiro confinamento, eu não pude sair, não pude fazer nada e ele me batia, algumas vezes na presença de filhos/as "eu gritei, a minha filha entrou em pânico. Mas ele estava com as mãos no meu pescoço e apertava com muita força. E eu não conseguia respirar.* (E4, imigrante)

Violência Psicológica

A violência psicológica e verbal era uma constante na vida de muitas destas mulheres, *Só psicológica, sempre. “Se tu fala, tu vai ver. Tu não é portuguesa. Tu não me pode fazer nada. Eu sou da minha terra. E se tu quer ir embora, vai-te embora, vai pra tua terra (...) E como eu não tenho família aqui, não pude dizer nada.* (E1, imigrante), onde a ameaça era constante.

Embora algumas tivessem a ideia de que ser vítima de violência nas relações de intimidade implicaria violência física, rapidamente se apercebem que a violência psicológica também existe ora de uma forma isolada, (...) *poderia não acontecer nada físico, mas acontecia palavras feias, acontecia frases feias.* (E5, portuguesa), ora conjugada com outras formas de violência, *“Aos poucos, fui descobrindo que ser vítima de violência doméstica não é só apanhar, não é. Tinha a ver com o psicológico também, da maneira como nos tratam (...)* (E2, imigrante)

Esta violência psicológica passava muitas vezes por humilhar, denegrir e chantagear estas mulheres, (...) *ele dizia-me imensas coisas, que não tinha cérebro, que eu era uma burra, ou seja (...) ele colocava-me a autoestima em baixo, dizia que eu não era capaz de nada, que eu não servia para nada. Ele dizia que só ele é estava bem e ele é que ditava as regras, eu quero, eu posso, eu mando (...)* (E3, portuguesa)

Para a participante 4 o controlo/perseguição com base no ciúme era uma constante já antes do período de confinamento, (...) *se alguém ligasse para mim, no dia seguinte, ele pegava o meu telemóvel e me levava no trabalho para ver quem vai ligar. Ele não quis que eu falasse com a minha família. Começou a me perseguir. Me seguia no salão, não fosse trabalhar, não fosse ficar lá.(...).* *E eu não posso ver facebook (...)* *O objetivo dele era, enfim, de saber, se enquanto eu estou com ele ou se fico com outro homem* (E4, imigrante), *Mas alguns dias depois ele apareceu lá no hotel e montou um escândalo, acabei perdendo o emprego e me vi na rua e sem emprego.* (E6, imigrante)

Estas mulheres vivenciaram ameaças constantes, ora de serem deportadas, *Ameaçou-me logo com essa situação, né, da irregularidade. Ele me dizia, me fazia lembrar “Tu estás ilegal no país. Não me pode fazer nada. (...) Tu está aqui, parece ladrão (...)* *Não se atreve a se meter em problema comigo porque te põem logo num voo e tu volta em Angola* (E4, imigrante), de ficarem sem os seus filhos e filhas, *Ele me disse “Se tu fala com alguém, a assistente social vai retirar o teu filho e o teu filho vai ser adotado e nunca mais tu vai vê-lo”* (E1, imigrante), ou a serem colocadas fora de casa sem dinheiro e sem terem para onde ir, *ele me ameaçava que, cedo ou tarde, vai fazer como fez na primeira mulher.* (E4, imigrante)

A proibição de contacto com as famílias de origem era também constante *Há quase seis meses que não falo com a minha família, por favor dá-me o telemóvel para falar com a minha família ou sempre monitorizada “(...) ele era sempre à beira de mim.* (E1, imigrante)

No período de confinamento as participantes alegaram que o controle e o ciúme aumentaram desmesuradamente, *Ele é que dizia o que ia ser para o almoço ou para o*

jantar. Eu no fundo era como se fosse, custa dizer, mas é verdade, uma governanta, uma empregada. (...). Estava completamente controlada. (...). Ele chegou ao ponto de exemplo ir esconder e colocar o café dentro do frigorífico, café em pó, para dizer que tinha sido eu (...). Ele é maquiavélico (E3, portuguesa), assim como a pressão para terem relações sexuais Mas quando passei a negar a ter sexo com ele. Ficava violento verbalmente (...) (E6, imigrante)

Violência Económica

A violência económica esteve presente, isolada ou conjuntamente com outras formas de violência, nas vivências destas mulheres.

As participantes 1 e 4 perceberam quando chegaram a Portugal que todas as suas poupanças tinham desaparecido, (...) *ele disse “não há dinheiro” e como eu não tinha o código, não sei se é verdade ou mentira. (...) Era o dinheiro da casa. Eu preciso de produto de limpeza, mas não compra. A casa cheira mal. (E1, imigrante)*, o que uma situação de desconfiança, descontentamento e enorme vulnerabilidade económica, *Chegamos aqui e não existe dinheiro, não tem dinheiro (...). Eu disse “tá bom não tem problema, mas eu quero abrir uma loja, eu tenho dinheiro e eu preciso da sua ajuda (...). E ele disse “Não. Aqui não é, tu não estás no teu país. Aqui quem manda sou eu. E tu não vais abrir nenhuma loja.” (...). Eu vim com ele para trabalhar, aquele homem comeu meu dinheiro. (E4, imigrante)*

Para a vítima 2, o ter ficado a viver com a família do companheiro configurava mais uma forma de violência (...) *muitas vezes ficava com medo de perder o leite porque não tinha dinheiro pra comprar nada. A família dele nunca deu nada à minha filha (...). Tudo que eu consegui foi através das amigas que me acompanharam, das mães delas, que compravam tudo pra minha filha. (E2, imigrante)*

Como a situação da pandemia e do confinamento muitas das participantes, face à situação de desemprego e/ou precariedade laboral em que tinham ficado, começam a vivenciar este tipo de violência, *Eu não tinha nada ele tinha tudo, era tudo dele. Muitas vezes ele dizia “isto é tudo meu, isto é tudo meu, o dinheiro é meu, deitava-me isso à cara. (E3, portuguesa)*

Violência Sexual

A violência sexual já estava presente, quer dirigida às participantes ou a seus filhos/as, no período anterior à pandemia *“Ele estava bêbado (choro)...Trouxe pornografia para mostrar ao meu filho.(E1, imigrante), Ele começa a falar essas coisas à menina, começa a pegar a minha filha. (E4, imigrante)*

Contudo, a situação pandémica agudizou a perpetração deste crime contra as participantes *E aí ele me obrigava para lhe fazer broche e eu era obrigada a fazer para satisfazer à ele (...). o bebê nasceu de cesariana, queria ter sexo comigo já. E eu disse à ele “A ferida está a me doer e ainda está aberta, pelo menos 6 meses e você vai ter que respeitar. Então, ele continuou com a perseguição (E4, imigrante), E sempre que chegava a casa me violentava sexualmente com o intuito de eu engravidar de novo (...)* (E6, imigrante) e contra menores (...) *Ele perseguia a minha filha pela casa de banho (...). À noite, a menina dormia, ele ia*

no quarto e eu sempre andava atrás dele. (...). Ele *preparava a minha filha pra ter relacionamento. (...) Ele aperta nas mamas da minha filha (...)* (E4, imigrante)

4.2.3 Impactos da Vitimação

As vivências de violência nos relacionamentos de intimidade antes e durante o período pandêmico refletiram problemas múltiplos de saúde tanto a nível físico como psicológico.

Relativamente aos impactos descritos, os sentimentos de medo e a angústia eram uma constante, *Isto é um sofrimento. (...) durante quatro anos sem falar porque eu tinha medo*” (E1, imigrante); *“Medo. Por tudo o que eu passei, por tudo o que guardei aqui dentro, eu estava a sufocar. E pedia “meu Deus ajuda-me, ilumina-me, isto não sou. (...) Eu não sou o que ele diz.* (E3, portuguesa)

Sendo que com a pandemia o terror era constante, *durante as semanas que se seguiram a minha vida virou um inferno* (E6, imigrante); *Mas horrível, porque sentia-me presa. (...)*” (E3, portuguesa) conferindo-lhes um sentimento de impotência, *Aquilo sempre me afetava muito, que “eu não posso, eu não posso, eu não posso.* (E4, imigrante)

Outras vítimas desenvolveram ansiedade e sintomatologia depressiva, *Chorava o dia inteiro,(...), a ter ataques de ansiedade. Agora já estou mais tranquila, mas fico muito ansiosa depois disto tornei-me uma pessoa que acha que não é capaz de nada*” (E2, imigrante), e baixos níveis de autoestima, *Eu estava com a minha autoestima em baixo.* (E3, portuguesa)

Se muitas mulheres já tinham problemas de saúde, *Eu sou asmática* (E2, imigrante), *Descobriram que eu tinha HIV* (E4, imigrante), com o período de confinamento e a agudização das situações de violência fez que a sua situação de saúde ficasse ainda mais comprometida: *Enquanto estive a viver com ele (...) Eu tinha depressão e a tensão arterial era muito alta. Depois tinha uma paralisia facial do lado esquerdo (...)* (E1, imigrante)

Este comprometimento decorria durante a relação de violência e no pós vitimação, *Isto tudo é consequência de guardar muita coisa, entende? Passar por cima de muita coisa* (E3, portuguesa); *Tinha crises de ansiedade, alterações de sono.* (E5, portuguesa)

4.2.4 Reações da Vítima

Nesta categoria de análise são apresentadas as reações das vítimas perante a situação de vitimação vivenciada.

Perdoar o ofensor

Num momento inicial algumas das vítimas perdoaram o ofensor, *(...) me esperou numa saída do trabalho me pedindo desculpas e que voltasse para casa e terminei aceitando e perdando. (...) Perdoei pois entendi que o filho tb era dele (...)* (E6, imigrante), acreditando que seria um episódio singular e que a pessoa conseguia mudar, *ele me pediu perdão, que ele fez um erro que nunca mais ele ia fazer (...)* *Me disse “Vamos fazer nossa vida (...). Eu sou a única mulher que o entende, que está com ele, que o aguentou nos momentos difíceis. E aí ele me disse que nunca mais vai acontecer.* (E4, imigrante)

Após os pedidos de perdão, os episódios de violência continuaram a ocorrer, em algumas situações, com um agravamento da sua severidade: *Perdoei, mas piorou.* (E1, imigrante). A confiança depositada no companheiro a nas suas palavras começa a dissipar-se: *E nós*

vamos começando a perder a confiança, depois falamos e vai tudo para o lixo. (E5, portuguesa)

Ocultação da realidade/isolamento

Outras por vergonha, tentam ocultar as situações de violência que foram alvo: (...) *eu disse-lhe que quando chegarmos a casa eu vou-me deitar um bocadinho, vou dizer que estou indisposta (...) porque eu não queria que nem os meus pais, nem as miúdas, se apercebessem que eu tinha estado a chorar, nem do que se tinha passado. Fiz isso e depois até pelos pus um cachecol, um lenço no pescoço (...) porque tinha as marcas da mão dele no meu pescoço.* (E3, portuguesa)

Outras isolam-se *Afastei-me de muita gente por causa da relação.* (E2, imigrante)

Saída do lar

Para algumas das participantes, a saída da relação violenta ocorre em prol de um bem que consideram maior, algumas participantes decidiram sair de casa e da relação violenta pelos/as seus/suas filhos/as: *Tive que fazer uma escolha. Ou ficava lá com ele e corria o risco de ficar sem a minha filha, ou começar uma nova vida com a minha filha. E foi isso que eu escolhi.* (E2, imigrante). Mesmo vivendo situações de grande vulnerabilidade e sem certezas que como seria o futuro, (...) *fui buscar o meu filho no infantário e fui embora. Sem nada. (...). Deixei tudo que ele comprou, deixei na casa dele. Saí da casa dele só com a roupa do corpo, com o meu filho e tudo* (E1, imigrante), (...) *eu vou à luta, mesmo sem um peito, eu vou sair de casa e vou à luta. Quero-me sentir eu novamente, quero transmitir paz à minha filha, porque se eu não estou bem obviamente a minha filha não está também.* (E3, portuguesa)

Para outras o medo da escalada da violência leva-as a abandonar *Acabei fugir de casa. (...). Foi quando decidi fugir de novo e decidi dormir na rua num banco de jardim onde estaria mais segura e distante dele.* (E6, imigrante)

Denúncia

Muitas das participantes só fizeram a denúncia quando já se sentiam em segurança *Formalizei a queixa sim, porque quando cheguei ao hospital a polícia veio ter comigo e eu disse o que tinha acontecido, e depois até fui ao instituto de medicina legal e essas coisas todas. Depois entretanto eu recebi uma carta para ir prestar declarações ao DIAP e eu disse que não tinha nada, que não queria prestar declarações. (...). Ficou sem efeito. A denúncia foi feita presencialmente. Agora vai para a frente, porque voltei a apresentar como já disse, eu já fui ouvida, as minhas filhas também já foram ouvidas* (E3, portuguesa) e com o apoio de técnicos/as especializados/as *aqui na casa abrigo, ajudaram-me a fazer a denúncia na polícia.* (E1, imigrante)

Para a participante 2 a denúncia partiu pelos vizinhos tendo configurado a saída da situação, *Os meus vizinhos chamaram a polícia. Pronto, eu não quis apresentar queixa, não quis dizer nada. (...). Depois de haver essa queixa, fui à polícia.* (E2, imigrante) e ou de familiares *Sempre alguém de fora, algum vizinho, alguém de fora. Só fui, acho, que uma ou duas vezes. Foi o meu pai, outra vez foi a minha mãe e a última vez foi a minha prima. Mas nunca tinha sido eu.* (E5, portuguesa)

Algumas participantes já tinham realizado denúncia várias vezes, e tendo em conta a situação de risco da participante 6, *Novamente o denunciei, e ele foi de novo preso (...) está*

impossibilitado de se aproximar de nós faz uns meses que não o vejo mas também estávamos em confinamento. (E6, imigrante)

Segundo a percepção das vítimas os ofensores não acreditavam que recorressem a ajuda e que denunciassem a situação, (...) *eu acho que até mesmo ele ficou surpreendido. Porque uma vez que eu dependia nele e tinha deixado tudo para ficar com ele (...) ele pensava que eu ainda iria voltar.* (E1, imigrante)

Outras receberam ameaças e injúrias, *Ele telefonou-me e foi muito desagradável, a chamar-me mentirosa, a dizer se eu não tinha retirado a queixa. (...) Ele até disse que eu andava metida com os polícias, a sério.* (E3, portuguesa)

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

Ainda que se desconheça o real impacto da experiência pandémica na violência doméstica e que estejamos ainda numa fase preliminar de compreender o que os estudos nos indicam sobre esta realidade, sabemos que de 30 de março a 7 de junho de 2020, 329 mulheres e 65 menores vítimas de violência de gênero foram acolhidos em casas de abrigo (República Portuguesa, 2020), foram feitas 27.637 queixas às forças de segurança por violência doméstica, sendo que 85% delas foi contra cônjuge ou análogos (SSI, 2021) e até novembro de 2020, foram assassinadas 16 mulheres, uma criança e 6 homens no contexto da violência em relações de intimidade (UMAR, 2020). Sabemos ainda que no ano 2020 houve um aumento significativo de mulheres imigrantes que recorreram à Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD), registrando-se entre os meses de abril e junho de 2020, uma subida de 8% para 26% no número de pedidos de ajuda (República Portuguesa, 2020).

Visando contribuir para aumentar o conhecimento sobre esta realidade, este estudo teve como principais objetivos aprofundar o conhecimento sobre as dinâmicas e processos de violência de gênero nos relacionamentos antes e durante o período pandémico e compreender as consequências da violência na vida das vítimas em termos individuais, sociais e relacionais.

Os resultados mostram que a violência foi transversal, afetando mulheres e menores a seu cargo de diferentes idades, proveniências e com diferentes marcos culturais. A pandemia trouxe aos contextos de intimidade ansiedade, stress e muitas famílias que viviam com escassos recursos, ao viverem 24h sob 24h com os ofensores, enfrentaram um clima de terror e angústia contínua levando a que o fenómeno crónico da violência já vivida a uma agudização na sua frequência e severidade.

Deste modo, foi possível constatar um agravamento das situações de violência na intimidade pré existente na vida das participantes durante a crise pandémica que emergiu associado ao aumento da vulnerabilidade económica, social e psicológica dos agregados familiares das participantes bem como à tensão relacional resultante dos períodos de confinamento imposto no território nacional.

Embora para dois terços das participantes a violência já tinha iniciado antes da pandemia, a percepção de processos e dinâmicas diferenciadas e mais expressivas foi clara durante o período de confinamento. Para as restantes só se tornou uma realidade expressa durante o período pandémico. Os resultados mostram que existiu uma coocorrência de formas

diferenciadas de violência durante a pandemia por COVID-19 que decorria sobre as vítimas adultas bem como face às suas crianças.

Estes resultados vão ao encontro do contributo de Duarte (2020) que refere que a pandemia parece não criar novas formas de violência mas agravar as já existentes problematizando que as frases mais popularizadas durante o período pandémico, “fica em casa”, “estamos todos no mesmo barco” e “vai ficar tudo bem” carecem de rigor para a compreensão das realidades das vítimas de violência doméstica em contexto doméstico uma vez que não são capazes de traduzir a insegurança do espaço doméstico, a heterogeneidade das vítimas e das suas condições de vulnerabilidade e exclusão e a impossibilidade de um retorno à normalidade com vista à esperança uma vez a anterior experiência de intimidade já era, em si, pautada por violência.

Também nos resultados deste estudo foi possível captar as questões da heterogeneidade das vítimas e dos impactos diferenciados que experienciam. Por outro lado, o facto de aceder a vozes de mulheres nacionais e imigrantes permite aceder a complexidades, subjetividades e contradições levando-nos a perceber que o fenómeno da violência de género nas relações íntimas assume diferentes nuances, onde as assimetrias de género se interseccionam com outras categorias identitárias, levando-as a sofrer formas de violência distintas e a ter outras dificuldades de movimentação social.

De facto, as mulheres imigrantes parecem-se defrontar-se com vulnerabilidades múltiplas que muitas vezes decorrem no espaço público, por profissionais, empregadores/as, pessoas da sociedade em geral (El-Abani et al., 2018), mas também no espaço privado pelo parceiro íntimo (Premji & Shakya, 2017; Topa, 2019). Se estas vulnerabilidades já se faziam sentir antes da pandemia, durante a crise pandémica estas mulheres foram ainda mais afectadas por situações de desvantagem social, desemprego e discriminação.

Para muitas, a casa não se configura como um espaço e um ambiente seguro, sendo que no caso das mulheres imigrantes, a situação pode ser ainda mais complexa. Sob a forma da ameaça de serem deportadas, de perderem os seus filhos e filhas ou de ser colocadas na rua, sem qualquer tipo de suporte social, estas mulheres são controladas pelos seus parceiros (Menjivar & Salcido, 2002).

Relativamente aos impactos da violência durante o período pandémico na vida das participantes, destacam-se as consequências a nível psicológico, nomeadamente, as dificuldades de regulação emocional, níveis elevados de ansiedade, sintomatologia depressiva e o consumo mais exacerbado de medicação. Adicionalmente, as dificuldades económicas e a situação administrativa configuraram um grande fator de risco, sobretudo para as vítimas imigrantes que encontraram também obstáculos adicionais ao pedido de ajuda formal devido ao desconhecimento dos seus direitos, recursos disponíveis de apoio à vítima, receio de serem deportadas e/ou receio de perderem os/as filhos/as.

Assim, este estudo mostra que as especificidades da violência existem, especialmente no que a públicos mais vulneráveis diz respeito. Deste modo, o género e outras pertenças identitárias devem ser tidas em conta aquando da conceptualização da violência, da delineação de medidas de ação e no combate à violência género nos relacionamentos de intimidade. O compreender, apoiar e intervir deve ser no sentido plural e não deve seguir uma matriz homogenizadora, correndo o risco de alimentar falácias de uma só verdade e

uma só realidade. A individualização da prevenção e da intervenção psico-social, que vá de encontro às especificidades, necessidades e vulnerabilidades parece ser crucial.

Este estudo demarca a necessidade mais conhecimento, investimento, liderança e ação onde urge desenvolver mecanismos para a obtenção de dados sobre o impacto que a pandemia está a gerar na vida das mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade, informando e incrementando as respostas atualmente instituídas, e antecipando estratégias de minimização dos seus efeitos.

A aposta na implementação de uma abordagem de saúde pública interseccional para a violência de género em Portugal parece mais do que urgente. Uma abordagem que permita: a) definir o problema por meio da coleta sistemática de informações sobre a magnitude, características e consequências da violência; b) desenvolver pesquisas para determinar as causas e correlatos da violência, os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência e os fatores que podem ser modificados por meio de intervenções; c) planejar, implementar e avaliar intervenções por forma a descobrir o que funciona para prevenir a violência; e por último d) implementar intervenções eficazes e promissoras em uma ampla gama de configurações. Mas que simultaneamente valorize as singularidades e a diferença, buscando entender como os diversos fluxos e avenidas interseccionais atravessam as vivências de mulheres em tempos de crise (Barbosa et al., 2020).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) tem vindo a ressaltar que este tipo de abordagem, que visa melhorar a saúde e a segurança de todos os indivíduos, abordando os fatores de risco subjacentes que aumentam a probabilidade de um indivíduo se tornar vítima ou perpetrador de violência, parece-nos uma boa proposta para ajudar na prevenção da violência doméstica durante esta pandemia (Chandan et al., 2020).

7. REFERÊNCIAS

- Barbosa, J., Lima, R., Martins, G., Lanna, S. & Andrade, M. (2020). Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela covid-19. *SciELO em Perspectiva* <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.328>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Bogdan, Robert, & Biklen, Sari (1998). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston: Allyn and Bacon Inc.
- Campbell, A. (2020). An increasing risk of family violence during the COVID-19 pandemic: Strengthening community collaborations to safe lives. *Forensic Science International*. Reports. doi: 10.1016/j.fsir.2020.100089
- Chandan, J, Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Nirantharakumar, K., Kane, E. & Bandyopadhyay, S. (2020). COVID-19: a public health approach to manage domestic violence is needed. *Lancet Public Health*. 5(6): e309. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30112-2
- Collins, P. (2000). *Intersecting Oppressions*. Available: http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_Web_Byte_Patricia_Hill_Collins.pdf
- Collins, P. & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity.
- Conselho da Europa (2011). *Convenção do Conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica*. Lisboa: CIG.

- Rodríguez-Castro, Y., Bessa-Topa, J., Martínez-Román, R., & García-Manso, A. (2021). La tormenta perfecta: el Covid-19 y la violencia de género en España y Portugal. En *Reflexiones pluridisciplinares en torno a la construcción de identidades*. Madrid: Dykinson.
- Ruiz-Olabuenága, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (vol.15). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Ruiz-Pérez, I., & Pastor-Moreno, G. (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Sistema de Segurança Interna (SSI) (2020). *Relatório Anual de Segurança Interna 2020*. Lisboa: Portugal.
- Topa, J. (2019). Intimate Partner Violence among Immigrant Woman: intersectional challenges in health services. *Revista Psiquiatria, Justiça e Psicologia*, 16, 121-147
- UMAR – União de Mulheres Alternativa e Repostas (2020). *Observatório das Mulheres Assassinadas – Dados 2019*. UMAR
http://www.umarfeminismos.org/images/OMA_Relatorio_Final_2019_FINAL.pdf
- United Nations (UN) (1993). Declaration on the Elimination of Violence against Women. Available: <https://undocs.org/en/A/RES/48/104>
- United Nations (UN) (2015). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. NY: United Nations.
- UN WOMEN. COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. Available: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-Covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>.
- World Health Organization (2011). Violence Prevention Alliance -The public health approach. Available: https://www.who.int/violenceprevention/approach/public_health/en/
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health affects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2020). COVID-19 and violence against women. Available: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf?ua=1>.
- Zero, O. & Geary, M., (2020). COVID-19 and Intimate Partner Violence: A Call to Action. *R I Med J*, 103(5): 57-59

O IMPACTO DO COVID-19 NO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO NORTE DE PORTUGAL: UMA ANÁLISE QUALITATIVA

JOANA BESSA TOPA

Universidade da Maia-ISMAI &

Centro Interdisciplinar de Estudos de Género (CIEG/ISCSP-Ulisboa) (Portugal)

ANA ISABEL CASTRO FORTE

Instituto Saúde Pública de Porto (Portugal) &

Universidade de Vigo (Espanha)

FRANCISCO AGUIAR FERNÁNDEZ

Universidade de Vigo (Espanha)

ROSANA MARTÍNEZ ROMÁN

Universidade de Vigo (Espanha)

YOLANDA RODRÍGUEZ CASTRO

Universidade de Vigo (Espanha)

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de coronavírus 2019 (COVID-19) converteu-se na maior emergência sanitária a nível mundial do século XXI. Assim, a 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) declarou o COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de preocupação a nível internacional. Atualmente, no dia 02 de julho de 2021, estima-se que 183.512.215 pessoas estejam infectadas e 3.973.393 tenham sido vítimas mortais de COVID-19 em todo o mundo (Worldometers, 2021). Enquanto o mundo continua a procurar tratamentos eficazes e vacinas, muitos governos implementaram restrições de movimento a toda a comunidade para conter a transmissão de COVID-19 de pessoa a pessoa. Estas medidas restritivas incluíram recomendações para teletrabalho e ordens obrigatórias para “ficar em casa” tendo despoletado o encerramento nacional de escolas, empresas de serviços “não essenciais” e de fronteiras territoriais. De março a junho de 2020, estima-se que 4.400 milhões de pessoas estiveram em confinamento devido ao vírus COVID-19 com encerramento de fronteiras em mais de 100 países em todo o mundo (OMS, 2020). Portugal, à semelhança de várias realidades mundiais, declarou a 12 de março de 2020 estado de alarme. No dia 18 de março de 2020, o Presidente da República decretou estado de emergência nacional, que compreendeu o confinamento obrigatório e restrições à circulação na via pública. Em 29 de maio, quando o Governo aprovou a terceira fase do plano de desconfinamento, foi aprovado o prolongamento da situação de calamidade até ao dia 14 de junho de 2020.

A pandemia de COVID-19, tal como esperado, teve repercussões diretas no aumento de casos de violência doméstica¹ uma vez que o seu impacto foi semelhante ao de outras

¹ O termo Violência doméstica em Portugal é amplo e se define como: Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em

situações de emergência, tal como assinala a ONU (2020). Deste modo, a violência doméstica aumentou significativamente a nível mundial, sobretudo durante o período de confinamento, em países como Espanha, Reino Unido, Itália, Chipre, Argentina, Brasil, Perú, Austrália, EE.UU., China, Jordânia, Índia, entre outros (ONU, 2020). No caso de Portugal, ainda que nas primeiras semanas de confinamento tenha ocorrido um decréscimo no número de pedidos de ajuda via telefónica por vítimas, posteriormente verificou-se um aumento significativo de pedidos de auxílio (República Portuguesa, 2020; Rodríguez-Castro, Bessa-Topa, Martínez-Román & García-Manso, 2021).

Importa sublinhar que apesar da escassa literatura sobre a relação entre COVID-19 e violência doméstica, durante la primera fase de COVID-19, de março a julho de 2020, a maioria dos estudos debruçou-se principalmente, na caracterização da situação das vítimas e menos sobre a análise da situação institucional e dos/as profissionais que trabalham diretamente com esta problemática e que desempenham um papel essencial para a saúde e para a segurança das vítimas (Rodríguez-Castro et al., 2021).

O aumento da violência de género está associado a fatores de risco acrescidos, derivados das medidas de isolamento social adoptadas para controlo da pandemia COVID-19 (ONU, 2020; Speed, Thomson & Richardson, 2020). No entanto, este aumento na procura de serviços de atendimento à violência doméstica fez-se acompanhar de uma redução dos recursos e da redução da capacidade dos serviços e dos/as profissionais para responder às necessidades das vítimas (Sabri, Hartley, Saha, Murray, Glass, & Campbell, 2020; Speed et al., 2020; Wood et al., 2020). Assim, a maioria dos/as profissionais e organizações identificaram a existência de barreiras e dificuldades para a prestação de cuidados e serviços a sobreviventes de violência doméstica devido ao encerramento de tribunais e serviços jurídicos que limitam o acesso à justiça, o encerramento de serviços de acompanhamento, atenção e acolhimento de vítimas, limitações no acesso a prestações pecuniárias e recursos de ajuda financeira (Sabri et al., 2000; Speed et al., 2020; Wood et al., 2020). Como evidencia o estudo americano de Wood et al. (2020) algumas organizações de atendimento a vítimas de violência doméstica passaram a teletrabalho durante o período de confinamento, tendo aumentado o número de atendimentos via telefónica. Os/As profissionais identificaram ainda falta de recursos para auxílio de vítimas, sendo comuns problemas de aprovisionamento, de acolhimento e suporte financeiro de vítimas. Também os/as profissionais referiram que apenas cerca de metade estiveram em teletrabalho desde o início da pandemia de COVID-19 e cerca de um terço combinou o trabalho presencial com o trabalho não presencial.

Um estudo desenvolvido no Reino Unido por Speed et al. (2020), vai também ao encontro do estudo americano, realçando que as organizações de atendimento a vítimas de violência doméstica ficaram em situações difíceis após as primeiras semanas do confinamento devido à diminuição da equipa técnica e dos/as voluntários/as agravado pela perda de financiamento assim como pelas limitações de recursos informáticos para transitar a um atendimento eficaz e seguro. As dificuldades dos/as profissionais relativamente ao uso das tecnologias também foram mencionadas em outros estudos internacionais (Sabri et al.,

1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal. (Para saber mais: Art. 152.º do Código Penal: Enquadramento jurídico de Violência Doméstica).

2020; Wood et al., 2020). Sabri et al. (2020) refere que as limitações no uso de plataformas virtuais por parte das vítimas de violência doméstica, especialmente de mulheres imigrantes, nomeadamente, pelo o défice de recursos e compromisso institucional com os serviços virtuais, assim como a falta de meios e formação por parte das vítimas imigrantes para o acesso virtual.

Outra barreira relacionada com a falta de recursos e o teletrabalho domiciliário prende-se com os elevados níveis de stress dos/as profissionais tendo este sido evidenciado em cerca de 84% dos participantes (Wood et al., 2020). Adicionalmente, o teletrabalho tem vindo a surgir associado a problemas de adaptação e de conciliação familiar (Sabri et al., 2020) uma vez que as condições necessárias de trabalho não estavam garantidas, em particular, no que se refere à privacidade e confidencialidade (Sabri et al., 2020).

Face aos estudos mencionados e com vista a melhor compreender as realidades dos/as profissionais de atendimento a vítimas em Portugal, o presente estudo pretende aprofundar a experiência vivida por 8 técnicos/as da Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) e analisar a impacto da pandemia COVID-19 no seu trabalho de apoio a vítimas.

2. OBJETIVOS

O estudo teve como principais objetivos:

- Compreender a experiência de profissionais da RNAVVD no apoio e intervenção com vítimas durante a pandemia por COVID-19.
- Compreender, segundo as perspectivas destes/as profissionais, os obstáculos e aspetos facilitadores da intervenção durante o contexto pandémico.

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 8 profissionais da RNAVVD do norte de Portugal, na sua maioria do sexo feminino (n=7) com idades compreendidas entre os 38 e os 62 anos (\bar{x} =46.5 anos). Destes/as, 75% (n=6) possui o grau de Licenciatura, 12.5% (n=1) de Mestrado e 12.5% (n=1) de Doutoramento. Tendo em conta o background profissional, 37.5% têm formação em Psicologia (n=3), seguindo-se o Serviço Social e o Direito, em 25% dos casos (n=2) respectivamente e a Educação Social, em 12.5% (n=1). Mais de 90% dos participantes (n=7) têm formação específica em violência doméstica. Em média, os e as participantes trabalham na área há cerca de 5.6 anos, 37.5% exercem funções em estruturas de atendimento (n=3) e 62.5% em casas abrigo (n=5). Todas estas respostas para vítimas estão localizadas da zona Norte de Portugal.

3.2 TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

Como técnica de recolha de dados, utilizou-se uma ficha sociodemográfica a partir da qual se caracterizaram os/as profissionais entrevistados/as, e uma entrevista semiestruturada, construída e revista em função dos objetivos definidos. Esta permitiu recolher informação rica, intensiva e global que permite a compreensão sobre temáticas de investigação e os contextos em que se desenrola a ação social ou sobre acontecimentos passados que se

podem obter através dos discursos dos entrevistados (Bogdan & Bilen, 2007). A entrevista foi segmentada em 2 partes: 1. Instituição; 2. Violência de género em tempos de COVID-19, contabilizando 20 questões.

3.3 PROCEDIMENTOS

Contactaram-se, através de ofício, estruturas de atendimento para vítimas de violência doméstica e casas abrigo da zona norte de Portugal. Antes de cada entrevista, foi enviado a cada um/a dos/as profissionais o consentimento informado, que além de apresentar formalmente o estudo e os seus objetivos, informava cada um/a dos/as entrevistados/as do direito de fazer cessar a sua participação a qualquer momento, bem como do direito de não responder às questões e/ou reformular as questões que lhe fossem colocadas, a fim de ver esclarecidos os propósitos da sua colaboração e as condições em que a mesma se processava, sempre com a garantia da confidencialidade e do anonimato na divulgação dos dados. As entrevistas decorridas via TEAMS ou ZOOM (8), com a duração média de 50 minutos foram gravadas em formato áudio, com a devida autorização dos/as entrevistados/as. Estas decorreram entre dezembro de 2020 e abril de 2021. Para manter a garantia da confidencialidade os códigos das pessoas entrevistadas foram atribuídos aleatoriamente e também no software ATLAS.ti v.8, que utilizamos para proceder à análise de conteúdo.

3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a transcrição integral e a leitura exaustiva de todas as entrevistas, e para que pudesse ser mais fácil, rápida e rigorosa a codificação das entrevistas recorremos ao programa ATLAS.ti - Scientific Software Development GmbH (ATLAS.ti v.8). Deste modo, criaram-se categorias e subcategorias de análise de informação, cujo conteúdo partiu do modelo de análise inicial e do discurso dos próprios entrevistados, organizando, interpretando e sistematizando o seu significado à luz da investigação. No processo de codificação e categorização obedecemos às regras de Bardin (2009): exaustividade (deve-se esgotar a totalidade da comunicação, não omitir nada); representatividade (a amostra deve representar o universo); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da investigação) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

A tabela seguinte apresenta as categorias e subcategorias obtidas na análise dos dados recolhidos:

Tabela 1. *Categorias de 1ª, 2ª e 3ª ordem*

Categorias Primárias	Categorias Secundárias	Categorias Terciárias
Planos Contingência		
	Estabelecimento de Protocolos	
Readaptação	da	Desafios na Equipa de Conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional

Intervenção	Técnicos/as	Gestão de medos
		Gestão de Equipas à Distância
Desafios na Intervenção Institucional com as Vítimas		Atendimento à Distância
		O Acolhimento
		Aulas Online de crianças e jovens
		Estabilização Emocional das Vítimas
		Autonomização
		Gestão do Espaço Casa
		O trabalho em rede
		Obstáculos
		Facilitadores
Avaliação da Eficácia		
Perceções sobre Políticas Públicas		Medidas Municipais
		Medidas Nacionais

Fonte: elaboração própria

4. RESULTADOS

4.1. PLANOS DE CONTINGÊNCIA

Durante a crise pandémica vários foram os planos de contingência estabelecidos nas instituições de apoio à vítima, *tivemos que adotar todo um novo funcionamento, com regras que nos foram até impostas, mas para garantir as questões de saúde* (E3, Jurista), por forma a proteger a saúde dos/as usuários/as e seus/suas profissionais. Estes planos, foram estabelecidos desde o primeiro estado de emergência mas continuaram a ser monitorizados e melhorados ao longo do tempo, *tudo isso ainda se mantém desde o início que tivemos que de imediato começar a fazer e ainda continuamos. Ainda não terminamos* (...) (E4, Educadora social)

As mudanças impostas levaram a uma reconfiguração dos serviços de apoio a vítimas, desde estruturas de atendimento às casas abrigo, *toda a nossa atuação foi revista no âmbito da pandemia, naturalmente, com questões muito operacionais com planos de contingência e, portanto, toda essa alteração natural de intervenção que se repercutiu por todas as unidades.* (E7, Psicólogo)

Uma das primeiras medidas implementadas passou por cessar o trabalho presencial e passar para regime de teletrabalho. Neste os/as profissionais mantiveram os contactos com as vítimas e *Em casos graves, (...) deslocamo-nos e atendemos presencialmente e fazemos os encaminhamentos devidos (...) para casa abrigo, para acompanhar a utente à medicina legal, ao hospital, casos muito esporádicos porque tínhamos que nos proteger também, não é?* (E5, Psicóloga)

Contudo, os serviços foram-se reajustando à situação epidemiológica, *conforme as situações foram arrastando com o confinamento, depois fomos trabalhar novamente presencialmente, depois tivemos que voltar pra casa, portanto, todo o trabalho tem sido feito, praticamente, em teletrabalho (...)* (E5, Psicóloga)

Nos atendimentos presenciais *tivemos que reorganizar internamento o espaço quando voltamos, e criar a obrigatoriedade de utilização de máscara no atendimento ou a utilização de uma viseira* (E2, Advogada) bem como (...) *colocar acrílicos para continuar a fazer aqui (...)* (E1, Psicóloga)

A nível das casas de abrigo, *tivemos que adaptar toda uma casa, reduzir quartos, nós tivemos que reajustar horários de refeições, tivemos que insistir com o uso de máscaras* (E4, Educadora social)

Estas alterações adstritas reverteram, segundo os/as participantes, sobre as instituições e seu funcionamento e não propriamente sobre a intervenção preconizada com as vítimas, *A nível da intervenção propriamente dita na parte da violência, não estou a ver (...)* (E3, Jurista), embora se reconheçam diferenças no que diz respeito às necessidades que as vítimas evidenciavam fruto da pandemia (...) *foi preciso atuar de forma específica porque claramente esta fragilidade está ligada à situação de violência mas tem outro problema por trás que tem a ver com esta situação do COVID* (E3, Jurista)

4.2. ESTABELECIMENTO DE PROTOCOLOS

Perante a situação excepcional que se vivia, as instituições sentiram necessidade de realizar protocolos operativos com outras entidades para fazer face às necessidades das vítimas e das próprias instituições, *tivemos que fazer vários protocolos. Não foi só um, foram vários* (E5, Psicóloga), nomeadamente com (...) *o INEM para poder testar as vítimas de violência doméstica em relação ao COVID* (E1, Psicóloga)

Contudo, no que diz respeito ao trabalho dentro do foro da violência doméstica não foram feitos novos protocolos mas sim otimizados os já existentes (...) *para trabalhar as questões de violência doméstica, isso não, não!* (E1, Psicóloga)

4.3. READAPTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.3.1. Desafios na Equipa de Técnicos/as

4.3.1.1 Gestão de medos

No início a gestão do medo e da ansiedade face à situação foram notórias, *Os desafios sobretudo numa fase inicial em que nós próprios estamos, temos os nossos próprios medos em relação a uma situação que desconhecemos e que não sabíamos exatamente de que forma é que as coisas, como o COVID se propagava e tendo o receio que o tocamos em coisas que outras pessoas tinham tocado que nos exporia a um contágio (...)* foi difícil gerir os nossos próprios medos e quando digo nossos estou a falar de mim, da equipa técnica e de colaboradores. (E1, Psicóloga)

Estes receios foram mais expressivos em situação de casa abrigo onde, não era possível salvaguardar esse distanciamento necessário e protetor, *Em estruturas que albergam mulheres e crianças, Nós estamos numa estrutura que metade da população são crianças.*

Dizer a uma criança que não nos pode abraçar, que não nos pode tocar não é possível. De facto, não é possível. (E1, Psicóloga)

Estas preocupações assolavam os/as colaboradores/as revisitando formas de manter o distanciamento e todas as medidas de proteção para todos/as, *Eu estive 15 dias em casa (...) Recordo-me de vir cheia de preocupações e que não podia partilhar uma caneta, não podia receber nada do que as vítimas me dessem para as mãos e não é possível...* (E1, Psicóloga). Contudo, segundo os/as participantes esse sentimento rapidamente se dissipou, *se nos primeiros dias estava cheia de medo, ao fim e alguns dias consegue-se alguma normalidade, eu deixei de pensar se estava a dar uma caneta à vítima para assinar (...)* (E1, Psicóloga)

4.3.1.2 Conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional

A pandemia trouxe inúmeros constrangimentos a estes/as profissionais. Desde o medo do contágio inicial, às alterações profissionais impostas, bem como mudanças familiares que derivaram do período de confinamento (e.g., ensino à distância, crianças em casa, quarentena, períodos de isolamento), estes/as profissionais passaram por grandes reorganizações pessoais e profissionais.

De repente, a vida profissional fundiu-se com a vida pessoal e familiar no mesmo espaço 24 sobre 24 horas. A exigência de serem mulheres, homens, pais e mães e simultaneamente técnicos/as de apoio à vítima foi dura e muito desafiante, *Se, foi difícil gerir os nossos próprios receios e fazer-lhe incutir também que apesar de viverem como um agregado também deveriam ter algumas regras e distanciamento entre elas.* (E1, Psicóloga)

A menor disponibilidade dos/as colaboradores/as acarretou dificuldades institucionais e interventivas diversas, *Tivemos muitas dificuldades, como é lógico, porque houve uma menor disponibilidade de colaboradores e menor disponibilidade técnica e foi difícil de gerir, era muita coisa a acontecer ao mesmo tempo e tínhamos que salvaguardar a saúde e segurança das vítimas e foi difícil manter, por exemplo, um apoio psicológico mais regular (...)* (E1, Psicóloga)

A situação pandémica, os reajustamentos pessoais, familiares e profissionais realizados e a duração da pandemia levaram a um grande desgaste dos/as profissionais, *(...) há um desgaste enorme... as equipas, aquilo que eu dizia há pouco das vítimas, também se aplica à equipa técnica e aos colaboradores. Nós fomos mobilizando todas as energias para combater estas dificuldades mas volvido um ano nota-se um desgaste grande das equipas. Nós, como muitas instituições, tivemos que adotar turnos de 12 horas para tentar compensar a falha de pessoas ao serviço e mesmo as férias, muitas vezes, tiveram que ser reagendadas. Portanto, um ano depois há aqui um grande desgaste e uma sensação de sobrecarga muito grande.* (E1, Psicóloga). Doravante, reconhecem que mesmo passando por vários desafios pessoais e familiares garantir o apaziguamento e bem estar das vítimas foi sempre uma prioridade, *Também tive um período de isolamento, depois fiquei com o meu filhote, a psicóloga da equipa também teve necessidade de se ausentar e tentamos ao máximo aligeirar a situação, não é e no período em que estávamos era diariamente a necessidade de falar com elas, de reunir em grupo, houve uma necessidade de diariamente explicar o que estava a acontecer, o porquê de estarmos em confinamento.* (E4, Educadora Social)

4.3.1.3 Gestão de Equipas à Distância

A reorganização do trabalho e a gestão do trabalho à distância foi deveras complexa e desafiadora, (...) *enquanto gestora, tive que organizar a equipa para ir distribuindo trabalho à distância, que é muito diferente de estar aqui no gabinete, ir à sala dos técnicos e distribuir trabalho e solicitar distribuir tarefas, solicitar intervenção em diferentes casos. Portanto, foi todo um desafio, para quem tem que gerir a equipa e gerir os recursos que tem que dar respostas às vítimas, foi todo um desafio que implicou a utilização de outros meios, nomeadamente, telefones.* (E2, Advogada)

4.3.2. Desafios na Intervenção Institucional com Vítimas

Os principais desafios sinalizados pelos/as técnicos/as participantes ao nível da intervenção institucional com vítimas prendem-se com o atendimento à distância, o acolhimento de vítimas nas estruturas residenciais, a telescola e escola à distância das crianças e jovens residentes, a estabilização emocional das vítimas, a autonomização e a gestão do espaço casa-abrigo.

O contexto pandémico e, em particular, as medidas decretadas para o cumprimento de períodos de confinamento necessários à contenção do vírus exigiram que, em algumas circunstâncias, o atendimento (psicológico, jurídico, social) de vítimas tivesse que ser desenvolvido à distância. Apesar do acompanhamento de vítimas em situação de casa abrigo nunca ter deixado de ser presencial, houve a necessidade de reajustar o funcionamento destas estruturas e desenvolver alguns destes atendimentos via telefone ou via videoconferência *Nós com as vítimas sempre tivemos presencial. Houve principalmente, no primeiro confinamento, algumas situações em que o acompanhamento foi feito por outra via... telefone ou videochamada* (E3, Jurista). A adaptação do atendimento à distância foi exigente para os/as técnicos/as exigindo, tal como nos refere várias técnicas não só um processo de aprendizagem mas também medidas de segurança adicionais e ajustadas ao contexto online *Cheguei a fazer terapia com os utentes (...) para aperceberem-se que, embora longe, não se estava assim tão longe, que poderíamos fazer as mesmas técnicas (...) também fiz alguns cursos, portanto, digitais, e-learning para também poder dar algumas respostas mais assertivas, relativamente à minha postura enquanto psicóloga, não é? Foi tudo uma aprendizagem, não é?! (E5, Psicóloga).* Relativamente às questões de segurança implementadas, as equipas tiveram apoio com a criação de contas profissionais e o acesso a dispositivos tecnológicos (...) *claro que sempre através de contas criadas para utilização a nível profissional (...) e foram distribuídos equipamentos telefónicos para as pessoas poderem fazer contactos telefónicos a partir de suas casas com as vítimas* (E2, Advogada). Contudo, os/as participantes referem também que é necessário uma reflexão e atuação adequada para os riscos presentes no uso de tecnologias para o atendimento à distância (...) *acho que há alguns riscos nestas tecnologias (...) dei conta que uma utente estava no Skype a gravar-me a mim e a ela, eu tive que pedir para não fazê-lo (...) para mostrar ao marido que não tinha nenhum amante.* (E5, Psicóloga)

De uma maneira geral, os/as participantes reconhecem que o atendimento à distância apresenta alguns desafios que se fazem sentir sobretudo ao nível do estabelecimento das relações interpessoais, da comunicação e ainda devido ao facto de não ser possível garantir que todas as vítimas possam ter acesso à meios que permitam a intervenção à distância *Não é comparável, não é comparável, o presencial (...)*” (E5, Psicóloga), *muitas das vezes*

alguns utentes não tinham maneira para o poder fazer e esse foi o problema maior que foi, portanto, punha não só problema para a utente, mas também para nós. (E2, Advogada)

Também o acolhimento e a autonomização das vítimas, dois momentos chave do trabalho de intervenção com vítimas, tiveram necessariamente que ser ajustados devido ao período pandémico. O período do acolhimento foi dificultado por causa do isolamento profilático obrigatório. Este isolamento comprometeu o processo de adaptação e integração em casa abrigo tal como nos indicam duas participantes *Pesou bastante o isolamento profilático das vítimas. Sempre que admitimos vítimas elas tinham que estar sujeitas a um período de confinamento no quarto por 14 dias e isto foi extremamente violento, não é... é muito complicado do ponto de vista emocional, quer do ponto de vista da relação que se estabelece com a instituição, com a equipa, com as outras utentes. Há aqui um atraso muito significativo na adaptação à estrutura e por outro lado embora, os processos estivessem na mesma a ser trabalhados por nós, havia aqui uma sensação de que o processo ficava congelado naqueles 14 dias, que não estava a ser trabalhado como devia. Muitas vezes as vítimas diziam-nos isso, estava no quarto e só pensava o que estou aqui a fazer? A minha vida está completamente parada!* (E1, Psicóloga) (...) *a pandemia (...) por causa do tempo de isolamento e que também não facilita por vezes a integração da mulher que sofreu, sai de um contexto de violência, depois tem que estar num isolamento ou num sítio onde não conhece nada nem ninguém, e às vezes perde-se um bocado e as pessoas desistem e regressam.* (E8, Assistente Social)

Também o processo de autonomização das vítimas ficou comprometido devido às consequências da pandemia. O impacto da pandemia na empregabilidade e no acesso à habitação cumprindo as normas de segurança adequadas, condicionou a autonomização das vítimas tal como nos refere um dos participantes: *A autonomização de uma mulher vítima de violência doméstica passa sempre por dois grandes eixos. O eixo da empregabilidade e o eixo da habitação. Todas as questões mais instrumentais relativas à autonomia. Obviamente que em período de confinamento estas duas áreas, principalmente a nível de empregabilidade, ficaram altamente condicionada.* (E7, Psicólogo) Também durante o período pandémico várias vítimas perderam o seu emprego *o acesso ao mercado de trabalho ficou altamente condicionado. Como tal os rendimentos, igualmente. Portanto, os rendimentos salariais ficaram também condicionados, logo, a autonomização ficou condicionada também* (E7, Psicólogo), condicionando a saída e autonomização, *tínhamos programado saídas que seria para abril, maio, tínhamos tudo programado porque já estavam a trabalhar e já tinham garantido algumas situações (...)* (E8, Assistente Social). Outras vítimas foram impedidas de regressar aos seus países de origem devido ao fecho de fronteiras *Parecia ser um processo relativamente simples, a vítima deu entrada em fevereiro... só estávamos a agilizar a questão do passaporte e a compra dos bilhetes para ela poder sair e regressar e entretanto fecham as fronteiras e ela acabou por ficar connosco até agosto.* (E1, Psicóloga). Estas circunstâncias fizeram com que o tempo de permanência em casa abrigo se estendesse uma vez que não estavam reunidas as condições para dar continuidade aos processos de autonomização até aí desenvolvidos *aquele acolhimento que se podia fazer por seis a oito meses, já passou um ano.*” (E8, Assistente Social), *“Passámos de um acolhimento médio de 11 dias para 22 dias. Se no ano anterior, o tempo máximo que as vítimas tinham estado connosco tinham estado connosco 69 dias em 2020 passou para 120 dias. Há aqui quase um duplicar do tempo de permanência.* (E1, Psicóloga)

A estabilização emocional das vítimas também trouxe dificuldades acrescidas para a intervenção das equipas técnicas. Várias das participantes referiram ter constatado que as vítimas apresentaram uma maior necessidade de falar e ser acompanhadas diariamente, um aumento dos conflitos entre as utentes e, sobretudo na altura do 2º confinamento, um maior desgaste e cansaço (...) *Todas tinham necessidade de falar e diariamente nós tínhamos que gerir isto, não era semanalmente. Foi difícil para nós falar diariamente com elas porque são muitas mas também foi facilitador porque se não conseguíssemos manter este tipo de diálogos, elas não estavam tão calmas* (E4, Educadora Social), *O 1º confinamento que foi aquela mais fechado, mais inteiro, mais absoluto foi extremamente difícil. Notava-se que havia muitos conflitos entre elas (...) Se no início houve aquele esforço do vamos mobilizar energias para ultrapassar esta fase, neste momento já é extremamente cansativo, já não é uma fase... referem que sentem os direitos, nomeadamente a liberdade delas, condicionada.* (E1, Psicóloga)

As readaptações na gestão do espaço (casa abrigo e gabinete de atendimento a vítimas) também se constituíram desafios adicionais na intervenção com vítimas. Num primeiro momento foi necessário proceder a alteração de horários das rotinas da casa e das saídas autorizadas *elas não saem de casa livremente como podiam fazer. Antigamente tínhamos só os horários da casa abrigo, elas tinham que estar às 18:45 em casa e agora somamos a este horário todos os outros constrangimentos. É possível uma saída higiénica mas a quem não tem uma atividade laboral não faz sentido saírem diariamente ... Elas podem sair para ir fazer compras mas tudo isto é de uma forma mais controlada porque nós temos que garantir que há um cumprimento do grupo e que há aqui um controlo das saídas também no grupo. E isto é muito pesado.* (E1, Psicóloga). Também a sensibilização para o distanciamento físico e outras medidas de segurança foi sentido como um desafio à intervenção *colocamos 2 turnos para fazerem refeições para conseguirmos distanciamento na hora das refeições mas depois tínhamos situações caricatas em que elas iam todas abraçadas para o sofá ou que partilhavam coisas que estavam a comer com as crianças que nem sequer eram os filhos, partilhavam cigarros. Quer dizer, foi extremamente difícil sensibilizá-las ... para a necessidade de adotarem medidas de distanciamento e de proteção porque não consideravam, portanto, que estão na casa delas (...)* (E1, Psicóloga)

Os/as participantes foram unânimes em considerar que o confinamento em espaços de reduzidas dimensões tendo em conta o número de habitantes, como são a maioria das estruturas de acolhimento, contribuiu para o aumento de tensões entre o grupo de utentes (...) *estando, 15 pessoas numa casa pequena, as dinâmicas big brothers tiveram aqui alguns picos, não é? Portanto, a gestão de tensões, a gestão relacional foi duplamente exigente neste contexto* (E7, Psicólogo) e a alteração das dinâmicas quotidianas das vítimas para uma corrosão dos pequenos prazeres e do seu bem estar *A falta dos prazeres do dia-a-dia são altamente corrosivos. (...) sobretudo elas, que deixam uma vida inteira para trás, a família, os amigos, uma cidade que conheciam, toda a vida que conheciam e somar a essas fragilidades o facto de estarem enclausuradas com pessoas que não lhes dizem nada, que não são da família e privadas destes aspetos do quotidiano que eram uma almofada emocional também. Eu acho que isso tem sido o mais difícil... Impedir que tenham acesso a atividades desportivas, passear lá fora com os filhos... toda aquela normalidade que nós sentimos falta, no caso delas, tem um impacto ainda maior.* (E1, Psicóloga). Já em contexto de gabinete de atendimento às vítimas deixaram de ter a possibilidade de ser acompanhadas por uma pessoa de confiança *uma vítima de crime vinha e era atendida acompanhada por alguém era atendida na presença dessa pessoa, claro que nesta fase, o*

espaço físico era exatamente o mesmo e nós tivemos que restringir o número de pessoas em sala, por exemplo. Isto foi um detalhe, mas que pode ser importante, não é? (E2, Advogada)

Por último, as aulas online das crianças e jovens acolhidos trouxeram também desafios adicionais ao trabalho desenvolvido pelas equipas técnicas tendo sido sentido como uma sobrecarga o acompanhamento e auxílio escolar *De repente tínhamos não sei quantos professores a articularem connosco, a mandarem fichas, eu passava horas a imprimir fichas de trabalho para todas as crianças que lá estavam porque não estávamos preparados nem em termos de, não tínhamos computadores, não tínhamos impressoras para disponibilizar a toda a gente e então, todos os trabalhos eram encaminhados para mim enquanto coordenadora e eu articulava com todos os professores. Tinha que estar coordenada com horas de aulas síncronas, horas de reuniões através dos meios digitais, através das plataformas digitais, tinha que imprimir planos semanais, trabalhos e fichas... eu passava horas em torno desta situação, sendo que a maior parte das senhoras que estavam acolhidas connosco não estavam muito habituadas a lidar com estes meios digitais (...) isso tornou-se um trabalho acrescido que nos retirou disponibilidade para fazer outros acompanhamentos (...) roubou-nos aqui muito tempo na relação com as vítimas, na relação do dia-a-dia e na gestão dos processos delas.* (E1, Psicóloga), *E as pessoas podiam pensar assim: ainda por cima é uma instituição com várias mães, ou seja, umas podem ir olhando pelos filhos dos outros, há técnicos e temos uma educadora social... foi complicadíssimo! Mas mesmo muito complicado eu senti essa dificuldade, mas muito mais dessa segunda vez.* (E3, Jurista)

4.3.3 O trabalho em rede

O trabalho em rede é descrito por todos/as os/as participantes como um aspeto central da intervenção com vítimas de violência doméstica *O trabalho em rede é focal (...) foi estabelecido ao longo destes anos, portanto, ao longo de quase 20 anos, relações de proximidade com os diferentes agentes, seja os agentes de autoridade, portanto, as forças de autoridade como as estruturas, encaminhamentos de primeira linha e casas abrigo (...) Há aqui uma cultura de grande proximidade informal.* (E7, Psicólogo), *Existe, existe e tem que existir senão, também não conseguiríamos. E principalmente em tempos de pandemia dependemos muito deste trabalho em rede (...) Se não trabalhássemos em rede dificilmente conseguiríamos fazer o nosso trabalho tão rápido.* (E4, Educadora Social)

Os principais facilitadores associados a esta rede de intervenção durante o período pandémico surge associado às diligências no tribunal por videochamada que proporcionam maior conforto às vítimas e lhes permitem um maior acompanhamento por parte dos/as técnicos/as *nós passamos logo no primeiro confinamento com alguns tribunais que começaram a adoptar fazer as diligências por webex ou zoom ou o que fosse. Nós depois, até por nossa iniciativa, pedimos aos tribunais que o fizessem porque assim estavam as pessoas mais confortáveis.* (E3, Jurista)

A realização das diligências à distância garantiram que os desenvolvimento dos processos não sofressem um atraso significativo *mesmo neste período em que não se faz nada, só processos urgentes, e estes processos são urgentes porque estão ligados à violência. Mas a regulação das responsabilidades não são por norma processos urgentes, nesta situação são porque estão ligados à violência doméstica. Mas os tribunais podiam, não é... por aquilo para canto, e não! Nem se verificou grande atraso nem adiamento de diligências*

(E3, Jurista). Adicionalmente, verificou-se também que as medidas cautelares foram aplicadas com bastante eficiência *A nível de judiciário, posso dizer que funcionou muito bem também. Tive algumas mulheres que tinham, portanto, afastamento por situações de risco, afastamento do agressor e depois mesmo pulseira eletrónica, foram tomadas medidas cautelares efetivas e com bastante eficiência, até fiquei admirada, porque às vezes são muito morosas.* (E5, Psicóloga)

Tendo em consideração os obstáculos ao trabalho em rede durante a pandemia a grande maioria dos/as participantes destacou a dificuldade em realizar agendamentos em determinados serviços tais como conservatórias *passou a ser difícil fazer marcações em determinados serviços, não é... mesmo na área do direito, conservatórias e aquilo que antes antigamente resolvíamos facilmente deslocando-nos a uma conservatória, agora já não era possível.* (E3, Jurista), agendamento de atendimentos em estruturas de apoio a vítimas (...) *há restrições no atendimento presencial. E repare, há muitas vítimas que não conseguem mandar um email se não tiverem a ajuda de alguém, não é? E, às vezes ligar, liga-se, liga-se, liga-se e por isso há muita gente que sem essa possibilidade de um contacto presencial se perde, se perde que é mesmo assim (...)* o facto de não haver esse atendimento presencial durante este período da pandemia é muito prejudicial para as vítimas. *Quem é que consegue pedir ajuda por email ou pelo telefone?*(E3, Jurista). De uma maneira geral, a articulação com os serviços de saúde piorou na opinião da maioria dos/as participantes tendo-se tornado mais difícil fazer encaminhamentos devido às listas de espera existentes ou mesmo às respostas psiquiátricas são quase nulas. *A nível da saúde é que piorou. Também temos alguma dificuldade a nível de contactos com o nosso centro de saúde e então com esta questão da pandemia, consultas de especialidade, consultas de rotina, ai sim... foi tudo cancelado. E por vezes são especialidades que elas até precisam.* (E4, Educadora Social) em particular ao nível do acesso a serviços de psiquiatria e saúde mental *nós damos acompanhamento psicológico, mas muitas das mulheres que nos chegam precisam de acompanhamento psiquiátrico e farmacológico e o encaminhamento para psiquiatria ficou praticamente suspenso.* (E1, Psicóloga) onde há grandes lacunas *Acho que há uma lacuna enorme no que diz respeito à saúde mental das mulheres vítimas de violência.* (E5, Psicóloga)

Na articulação com os órgãos de polícia criminal a maior dificuldade com a recuperação de pertences das vítimas *situações altamente corriqueiras como por exemplo a recuperação de pertences, foi tudo muito mais dificultado, quer pela indisponibilidade dos serviços, quer pela readaptação do funcionamento dos serviços, de facto foi difícil. Por exemplo, na recuperação de pertences, nós tivemos situações que a polícia nos disse, podemos fazer recuperação de pertences com a vítima mas não podemos entrar em casa com a vítima...* (E1, Psicóloga). Enquanto que no trabalho desenvolvido junto da segurança social os/as participantes destacaram a morosidade dos processos e as dificuldades de contacto com os/as técnicos de referência (...) *a Segurança Social demora imenso, tudo, tudo, tudo, tudo. Tudo é uma dificuldade...* (E8, Assistente Social), *dificuldade de contactar com a técnica de acompanhamento, sobretudo quando... nós temos várias vítimas que já tem uma articulação próxima com uma assistente social ou no âmbito do protocolo de RSI* (E1, Psicóloga). O processo de alteração de morada, em particular, foi referido com um dos processos que apresentou um maior atraso e maiores dificuldades para a reorganização da integração das vítimas em estruturas de acolhimento *a alteração da morada da vítima que é fundamental para avançarmos com requerimentos de proteção jurídica e requerimentos de proteção social, até isso se tornou difícil porque tínhamos que fazer agendamentos.*

(E1, Psicóloga) *Nós temos processos à espera de conseguir alterar uma morada de três ou quatro meses... isto é muito tempo, muito tempo.* (E4, Educadora Social), *“para poder até avançar nos apoios sociais, sem alterar a morada não se consegue. Uma mudança de morada demora um mês, dois, tudo isto vai dificultando esta situação.* (E8, Assistente Social)

A pandemia e as múltiplas exigências que se verificaram em diferentes níveis foram utilizadas para justificar várias das dificuldades de articulação e atrasos na intervenção em rede *E depois, eu acho que a pandemia também serve para justificar os atrasos em tudo, não é... não se consegue fazer por causa da pandemia, isso verificou-se um bocadinho.* (E3, Jurista)

4.3.4. Avaliação da Eficácia

De uma maneira geral as participantes avaliam a eficácia do trabalho desenvolvido com as vítimas como positiva *Pois, avalio bem..tivemos todas que ter uma capacidade de empatia, de paciência e ainda bem que nós tínhamos umas à outras para trabalhar o burnout... e demonstramos que somos capazes de tudo porque aguentamos uma fase muito complicada.* (E4, Educadora Social)

4.4. PERCEPÇÕES SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

4.4.1. Medidas Públicas Municipais

Relativamente à avaliação das medidas públicas municipais implementadas os/as participantes referem não ter conhecimento das medidas implementadas ou não terem consciência destas estratégias considerando que muito ficou por fazer *a ideia que tenho é que mesmo a nível municipal não houve nada. Sinceramente não tenho conhecimento. Por isso acho que faltou.* (E3, Jurista). Algumas participantes referiram que, ao nível municipal, as necessidades das mulheres vítimas mantiveram-se as mesmas que já se faziam sentir, em particular ao nível habitacional *Nós a nível municipal precisamos muitas das vezes do apoio ao nível habitacional e não é só em termos de pandemia que nos está a dificultar. É isso, a habitação social mas que é muito difícil as casas camarárias quer seja em período pandémico ou não.* (E4, Educadora Social), *A nível municipal a dificuldade que nós sentimos não tem tanto a ver com a situação da pandemia. Nós temos muitas mulheres que veem, que acabam por arranjar emprego cá, sobretudo, falando da valência de casa abrigo, nós temos muitas mulheres que se instalam cá e acabam por reconstruir a sua vida, as crianças são inscritas nas escolas do concelho, elas próprias acabam por arranjar um emprego aqui na zona e depois quando se querem fixar (...) A questão habitacional é muito, muito, é difícil e é uma coisa que atrasa muitas vezes a reorganização da vida delas e o processo de reintegração.* (E1, Psicóloga)

4.1.2. Medidas Públicas Nacionais

Tendo em consideração as medidas públicas, os/as participantes reconhecem o aumento do número de estruturas de acolhimento de vítimas para responder à lotação destas estruturas *foram criadas, não por nós, mas pelo governo da República Portuguesa, dois centros temporários de acolhimento de emergência para vítimas de violência doméstica, para mulheres vítimas de violência doméstica.* (E2, Advogada) *pois houve a necessidade de aumentar as vagas de emergência, (...) porque não estávamos a dar resposta... Todas as*

casas tiveram que limitar um bocadinho a lotação e houve essa necessidade (...) (E4, Educadora Social)

De uma maneira geral, as respostas do estado foram consideradas positivas e rápidas face à incerteza e gravidade da situação pandémica *Eu acho que até foi bastante positivo todas as mudanças que portanto... eu acho que num curto espaço de tempo que conseguimos agilizar aqui muitos caminhos alternativos, muitos planos B. Foi positivo. Foram logo criadas mais estruturas para acolhimento de emergência, de repente tivemos aqui mais 100 vagas disponíveis. (...) a CIG conseguiu logo um protocolo com o INEM para os casos de suspeita de COVID para as utentes serem testadas. Foi agilizado aqui algum apoio em termos de bens essenciais, conseguimos donativos do Continente de bens essenciais e foi a Secretaria de Estado juntamente com a CIG que nos conseguiu mobilizar esses apoios. Tivemos também donativos no que diz respeito a máscaras, a desinfetantes... Tivemos donativos também de equipamento precisamente para garantirmos aqui este ensino, a resposta neste ensino à distância. Eu até acho que houve uma resposta relativamente rápida a estas necessidades que foram surgindo.* (E1, Psicóloga). Porém, várias participantes consideram que a articulação com a saúde continuou a pautar-se pelas dificuldades já existentes no período anterior à pandemia, tendo mesmo sofrido um agravamento *“Ficou a faltar aqui esta via verde no acesso à saúde que era importante...”* (E1, Psicóloga) *Sobretudo na articulação com a saúde foi a área que consideramos que ficou mais deficitária porque os serviços de saúde estão naturalmente atolados mas precisávamos para mulheres vítimas de violência doméstica precisavam aqui de uma via verde porque precisavam de manter aqui algumas consultas e sobretudo, encaminhamento para as tais consultas de especialidade. Precisávamos de uma via verde no acesso à saúde, às consultas de saúde mental por assim dizer e isso ficou a faltar.* (E3, Jurista)

As participantes constataram também a existência de boas leis protetoras de vítimas em território nacional que são exemplos para a União Europeia mas que nem sempre são bem aplicadas na prática *Há uma lei que é digna de ser lida por toda União Europeia e pelo mundo e que até é seguida, mas depois na prática, não é tanto quanto no papel (...)* *precisamos efetivamente que a lei se adequa à realidade porque sabemos que os recursos humanos são escassos, porque o Estado financia algumas organizações, mas as organizações (...) têm que ter muitos projetos financiados pela União Europeia para pagar as suas técnicas e isto resulta de uma falta de recursos humanos enorme do trabalho que estamos a fazer para o Estado Português.* (E5, Psicóloga)

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

A pandemia por COVID-19 trouxe grandes repercussões e desafios aos/às profissionais que trabalham na Rede Nacional de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica em Portugal (RNAVVD) tanto a nível teórico, como a nível técnico e emocional. Os modelos de intervenção em crise e de gestão de risco já utilizados na intervenção com vítimas requereram flexibilidade e múltiplos ajustes no trabalho desenvolvido dada a excepcionalidade do contexto pandémico e ao seu carácter de emergência de saúde pública. A isto, acresceu os medos pessoais e profissionais do contágio, a dificuldade na gestão de equipas e do trabalho à distância, a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional, bem como a forma de propiciar o apoio às vítimas.

Um dos primeiros grandes desafios elencados pelos/as profissionais passou pela reorganização e ajustamento dos serviços e da intervenção preconizada às vítimas com os

devidos mecanismos de proteção para todos/as (e.g., uso de máscaras, acrílicos, distanciamento social).

Outro constrangimento passou por parte da intervenção e apoio ter de se reajustar às condicionantes impostas nos diferentes momentos da situação pandémica (e.g., estado de emergência, situação calamidade) levando a que uma parte significativa do trabalho com vítimas decorresse via telefónica e/ou à distância. Estas metodologias de apoio acarretaram desafios múltiplos no estabelecimento e manutenção da relação e comunicação com as utentes, na promoção da sua estabilidade emocional, na garantia da sua segurança (e.g., vigilância e controlo pelos ofensores, tempo limitado para os atendimentos, segurança, dificuldades no acesso e utilização de tecnologias), que se complexificaram face ao aumento significativo do número de atendimentos. Estes constrangimentos vão ao encontro de dados já relatados noutros estudos internacionais (Sabri et al., 2020; Wood et al., 2020). Segundo os dados da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG, 2020), durante o primeiro confinamento foram registadas pela RNAVVD 1.113 consultas presenciais, 14.806 consultas não presenciais e, que de 13 de abril a 7 de junho, foram registadas 2.108 novas consultas.

As dificuldades de acesso e de comunicação das vítimas com as estruturas de atendimento e com órgãos de polícia criminal foram também destacadas uma vez que muitas vítimas não apresentam competências necessárias ao nível da literacia digital ou mesmo meios tecnológicos para o fazer (Sabri et al., 2020). Apesar dos desafios elencados anteriormente, facto é que de 30 de março a 7 de junho de 2020, 329 vítimas de violência de género foram retiradas com urgência das suas residências e transferidas para centros de acolhimento de emergência e/ou casas abrigo (CIG, 2020). Este período de acolhimento foi também pautado por dificuldades no que diz respeito ao cumprimento das normas de segurança vigentes. O carácter obrigatório de isolamento profilático, a gestão de stress entre as utentes, a gestão das crianças acolhidas e das exigências do ensino à distância bem como a interrupção e estagnação dos processos autonomização das vítimas foram circunstâncias ímpares que causaram a sobrecarga nas vivências dos/as profissionais e vítimas nas estruturas de acolhimento.

Se no passado já existiam aspetos que careciam de melhorias ao nível da intervenção com vítimas, Portugal revelou durante a situação pandémica uma atitude responsável e proativa no que diz respeito a implementação de medidas nacionais de prevenção e combate a violência doméstica (EIGE, 2021). Não obstante, na percepção destes/as técnicos/as o trabalho em rede desenvolvido durante o período pandémico beneficiaria de uma melhor e mais ágil articulação com alguns serviços essenciais tais como a saúde (em particular, a saúde mental) e os serviços de apoio social que viram o seu volume de trabalho adensado com as exigências da pandemia.

Este estudo contribuiu para mapear os desafios vividos pelos/as profissionais e a sua complexificação no período pandémico. Adicionalmente, permitiu identificar quais os principais obstáculos da intervenção com vítimas a nível técnico, teórico e emocional (Machado, 2004) num contexto excepcional e que conduziu a um acentuado desgaste e cansaço das equipas técnicas.

Por último, os dados encontrados sublinham que o trabalho em rede com vítimas é imprescindível e que a articulação dos serviços à distância constitui-se como uma condição essencial para a proteção e acompanhamento dentro desta problemática. Resta reforçar que estas estratégias deverão ser melhoradas ao longo do tempo, criando-se para o efeito procedimentos e mecanismos que, garantindo privacidade, confidencialidade e segurança, possam facilitar não só os pedidos de ajuda mas também os procedimentos de acompanhamento das vítimas com os diferentes intervenientes da rede de proteção. A aposta

em ferramentas digitais que possam estar ao serviço da prevenção e combate à violência de género é crucial (Rodríguez-Castro et al., 2021) tendo em conta as transformações sociais que requerem transições digitais adaptadas a realidade das vítimas de violência doméstica (Emezue, 2020).

6. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R.C. and Biklen, S.K. (2007). *Qualitative Research for Education: An Introduction to Theory and Methods*. 5th Edition, Allyn & Bacon, Boston.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) (2020). *Monitorização RNAVVD e linhas de apoio CIG*. <https://www.cig.gov.pt/https://www.cig.gov.pt/2020/06/monitorizacao-rnavvd-linhas-apoio-cig/>
- EIGE (2021). *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*. <https://eige.europa.eu/publications/covid-19-pandemic-and-intimate-partner-violence-against-women-eu>
- Emezue, C. (2020). Digital or digitally delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *JMIR public health and surveillance*, 6(3). <https://doi.org/10.2196/19831>
- Fraser, A. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. <https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>
- Machado, C. (2004). Intervenção psicológica com vítimas de crimes: Dilemas teóricos, técnicos e emocionais. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 399-411
- OMS. (2020). *Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMI3ezN8eie8QIVpxoGAB25oQ9vEAAAYASAAEgK3ofD_BwE
- ONU. (2020). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Van Gelder, N. (2020). *Pandemics and violence against women and children*. Center for Global Development.
- República Portuguesa. (2020). *Dados trimestrais: crimes de violência doméstica*. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/03/20200819mpcadostrimestraisvd2t2020.pdf>
- Rodríguez-Castro, Y., Bessa-Topa, J., Martínez-Román, R., & García-Manso, A. (2021). La tormenta perfecta: el Covid-19 y la violencia de género en España y Portugal. En V.V.A.A. (Eds.), *Reflexiones pluridisciplinares en torno a la construcción de identidades*. Madrid: Dykinson.
- Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. (2020). Effect of COVID-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>
- Speed, A., Thomson, C., & Richardson, K. (2020). Stay Home, Stay Safe, Save Live? An analysis of the impact of COVID-19 on the ability of victims of gender-based violence to access justice. *The Journal of Criminal Law*, 84(6), 539-572. <https://doi.org/10.1177/0022018320948280>
- Worldometers. (2021). *Worldometer-real time world statistics: Coronavirus Update*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Wood, L., Schrag, R., Baumler, E., Hairston, D., Guillot-Wright, S., Torres, E., & Temple, J. (2020). On the Front Lines of the COVID-19 Pandemic: Occupational Experiences of the Intimate Partner Violence and Sexual Assault Workforce. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-22. <https://doi.org/10.1177/0886260520983304>

REPERCUSSÕES DA COVID-19 SOBRE AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM PORTUGAL: O QUE DIZEM AS VOZES INSTITUCIONAIS?

JULIANA GUIMARÃES E SILVA

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

ALMUDENA GARCIA MANSO

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC)

GUSTAVO MALAFAYA SÁ

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

LÚCIA RAMOS DA COSTA

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

1. INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 se configura como uma emergência sanitária com importantes repercussões econômicas e sociais. Diante da elevada transmissibilidade do vírus causador da COVID-19, medidas restritivas foram implementadas com o objetivo de conter a infecção comunitária, de pessoa a pessoa.

Entre as principais medidas, efetivou-se o confinamento como forma de reduzir a mobilidade. A reboque veio o teletrabalho, a suspensão das atividades escolares e serviços não essenciais, bem como o encerramento das fronteiras. Mediante estas medidas o ambiente doméstico, passou a ser o espaço onde também se desenvolvem as atividades laborais, escolares.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, aproximadamente 4.400 milhões de pessoas ficaram confinadas entre os meses de março e junho do ano de 2020 (OMS, 2020). Em Portugal, o estado de atenção ocorreu no dia 12 de março de 2020. Mediante o recrudescimento da pandemia no país, o estado de emergência foi decretado em território nacional. Neste período foi efetuado o confinamento obrigatório e empregadas medidas restritivas de circulação em via pública. Apesar de o plano de desconfinamento ter sido aprovado em 29 de maio, Portugal se manteve em estado de calamidade até 14 de junho de 2020.

Neste contexto de confinamento, os casos de violência doméstica contra as mulheres aumentaram. Este aumento está relacionado a ampla vulnerabilidade das mulheres e exposição à manipulação psicológica, violência física e controle econômico. Por estarem em constante convívio com o agressor, devido à situação de confinamento, estas mulheres em situação de violência doméstica tiveram grande dificuldade de efetivar queixas e denúncias (Ferreira et al., 2020; Moreira e Oliveira, 2020).

Entretanto, o relatório *The Impact of COVID-19 on Women (2020)* indica um aumento da violência baseada no gênero neste período e, por sua vez, da violência doméstica. Na

França se observa o incremento de 30% nos relatos da violência de gênero durante o período de confinamento. Em países como a Alemanha, Canadá, Reino Unido, Espanha e Estados Unidos aumentaram não somente os casos de violência como a busca de abrigos de emergência por parte das vítimas. Na Argentina, em função do isolamento, os pedidos de emergência para os casos de violência doméstica se intensificaram em 25% (UN,2020; ONU, 2020).

Em Portugal, as linhas de apoio da Comissão para Cidadania e Igualdade de Gênero (CIG) e a Rede Nacional de Apoio às Vítimas de Violência Doméstica (RNAVVD) divulgaram dados de monitoramento dos pedidos de apoio, acolhimento e atendimento no período de 19 de março a 14 de junho, que corresponde aos períodos nos quais foram decretados o 1º estado de emergência por motivos de saúde pública no país.

Neste período, foram efetuados 793 pedidos de apoio por meio das linhas CIG. A linha do Serviço de Informação às vítimas de Violência Doméstica concentrou 408 pedidos, seguida pela linha SMS (206) e pelo e-mail (179) (CIG,2020).

Quanto ao acolhimento e atendimento a vítimas de violência doméstica, neste mesmo recorte temporal, a RNAVVD informa que ocorreram 15.919 atendimentos de pessoas em situação de violência. Dentre estes atendimentos 14.806 se deram de forma não presencial e 1.113 efetuaram-se presencialmente. No que toca às estruturas de acolhimento da RNAVVD, registrou-se 564 acolhimentos, dentre os quais 329 foram acolhimentos de mulheres (CIG, 2020).

Vale ressaltar, que violência contra as mulheres, e esta inclui a que ocorre por violência doméstica, se constitui em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos e afeta o seu acesso a outros direitos, a exemplo do direito à vida, à saúde e à integridade física. Ancora-se nas estruturas sociais e de gênero nas quais se constitui e se apresenta como forma de controle do feminino que atravessa a história e as questões sociais.

A partir deste contexto, este estudo pretende aprofundar a compreensão das ações do Estado voltadas às mulheres em situação de violência doméstica durante a pandemia de COVID-19 sob a ótica de trabalhadores das autarquias, Agentes de Justiça e Segurança Pública.

2. OBJETIVOS

O estudo teve como principais objetivos:

- Compreender, na percepção de trabalhadores das autarquias, Agentes de Justiça e Segurança Pública, bem como dos dirigentes institucionais, as ações desenvolvidas pelo Estado para o apoio e intervenção junto às mulheres em situação de violência doméstica em tempos de COVID-19.
- Conhecer as percepções acerca das ações desenvolvidas por estes representantes institucionais no que toca à intervenção às políticas públicas de prevenção à violência de gênero.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO, LOCAL E PARTICIPANTES

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de estudo de caso que, de acordo com Yin (2010), se constitui em uma pesquisa empírica que analisa um fenômeno contemporâneo em profundidade em seu contexto da vida real, principalmente quando os limites entre este e o contexto não são claros. É um método utilizado para a viabilizar a compreensão de um fenômeno da vida real em profundidade considerando as suas condições contextuais.

O Porto foi a cidade-caso deste estudo. Sua escolha se deu pelo fato de ser uma cidade ao Norte de Portugal com uma elevada complexidade e possibilidade de estruturação da rede de enfrentamento à violência de gênero, categoria que abrange a violência doméstica.

Participaram 6 representantes de instituições de Estado inscritas na administração local, no Sistema de Justiça e Segurança Pública e por uma instituição destinada à execução de Políticas Públicas no contexto da cidadania e da promoção e defesa da igualdade de gênero.

Deste modo, os participantes foram assim distribuídos: duas assistentes sociais das Juntas de Freguesia, unidades do nível Autárquico Local, uma Procuradora da República do Departamento de Investigação e Ação Penal (DIAP), um agente da Polícia de Segurança Pública (PSP), um gestor do Gabinete de Atendimento e Informação à Vítima (GAIV) e um gestor da Comissão para a Cidadania e Igualdade de Gênero (CIG).

3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Um roteiro de entrevista semiestruturada foi utilizado para conduzir as entrevistas individuais. As entrevistas semiestruturadas constituem uma conversa a dois que busca obter informes contidos nas falas dos atores sociais que vivenciam determinada realidade que está sendo focalizada. Consideram-se *semiestruturadas* na medida em que não são nem completamente dirigidas, nem livremente conduzidas pelo pesquisador, obedecendo a um roteiro prévio de questões (MINAYO, 1994).

Neste sentido, as questões do roteiro de entrevista foram distribuídas em dois blocos distintos. O primeiro abordou questões gerais relacionadas à instituição, à formação e experiência profissional com mulheres em situação de violência de gênero e sobre a percepção dos participantes acerca da violência de gênero. Já o segundo bloco, foi composto por perguntas voltadas à violência de gênero em tempos de COVID-19.

3.3 PROCEDIMENTOS

Um ofício foi enviado às instituições – Juntas de Freguesia, DIAP, PSP, GAIV e CIG – que prestam serviços às mulheres em situação de violência doméstica no Norte de Portugal. Em contanto anterior à entrevista, foi encaminhado aos/às participantes o Termo de Consentimento Informado no qual eram expostos os objetivos do estudo, bem como eram assegurados o anonimato, a confidencialidade e o direito de suspender a sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Em função da pandemia de COVID-19, as entrevistas ocorridas entre dezembro de 2020 e abril de 2021 foram efetuadas por videoconferência por meio da utilização dos aplicativos TEAMS ou ZOOM. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos e foi gravada com autorização prévia dos/das participantes.

3.4 REFERENCIAIS E PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Neste estudo, as análises das entrevistas foram desenvolvidas com base na teoria de Spink (1993) acerca das representações sociais enquanto núcleos de sentido dirigidos ao processo em desenvolvimento, as quais orientam as condutas e a comunicação entre os pares, a proteção e a legitimação de ações, a transformação gradual daquilo que não é consenso ou ainda é pouco conhecido pelo grupo.

Essa corrente teórica permitiu uma maior aproximação com o objeto de estudo – repercussões da COVID-19 sobre as mulheres em situação de violência doméstica - e possibilitou a categorização para compreender as ações dos sujeitos, com suas contradições e ambiguidades. As categorizações de representações sociais se mostraram como ferramentas relevantes para entender a percepção de trabalhadoras das autarquias, Agentes de Justiça e Segurança Pública, bem como dos dirigentes institucionais acerca das ações desenvolvidas pelo Estado para o apoio e intervenção junto às mulheres em situação de violência doméstica em tempos de COVID-19.

As entrevistas foram transcritas e checadas quanto à fidedignidade do relato oral. Para a análise qualitativa das informações obtidas por meio das entrevistas foram conduzidos o processamento e a interpretação a partir do enfoque da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), seguindo as seguintes fases: (1) Pré-análise: envolve a leitura flutuante do material, definição do *corpus* de análise e elaboração para a interpretação de informações; (2) Exploração do material: etapa na qual se dá o recorte dos textos das entrevistas em unidades de registro e a agregação em categorias simbólicas ou temáticas; e (3) Interpretação: etapa que envolve inferência e interpretação das informações, respaldadas no referencial teórico (Bardin, 2011).

As categorias iniciais, intermediária e finais são apresentadas sinteticamente na tabela abaixo (Tabela1):

Tabela 1. *Categorias iniciais intermediária e finais.*

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
Percepção da violência gênero	Invisibilidade da violência de gênero	Indisponibilidade dos dados
		Não tipificação do crime de violência de gênero
Processo de trabalho e formação específica		Formação em violência de gênero e violência doméstica
		Ausência de solicitação dos serviços
Reorganização dos serviços	Apoios institucionais	Recursos humanos
		Recursos financeiros
	Uso de tecnologias para intervenção	Linhas de emergência, SMS e Ferramentas online
		O contato online

Acesso das mulheres em situação de violência doméstica aos serviços	Barreiras no acesso ao serviço	Confinamento e presença do agressor Escassez de recursos humanos
Percepção acerca das Políticas Públicas		Políticas públicas para a violência de gênero

Fonte: elaboração própria

Em um segundo momento, as informações provenientes das entrevistas individuais foram analisadas confrontando-se os relatos dos diferentes atores com o objetivo de compreender processos sociais, políticos e aspectos relacionados à realidade local.

4. RESULTADOS

Os relatos desvelados nesta pesquisa evidenciam aspectos relacionados: (i) percepção da violência de gênero, (ii) ao processo de trabalho e formação específica para a temática da violência de gênero e doméstica, (iii) à reorganização dos serviços, (iv) ao acesso das mulheres em situação de violência aos serviços de atenção e (v) à percepção acerca das políticas públicas em tempos de COVID-19.

Para assegurar o anonimato dos/das participantes que representam as instituições de diferentes inserções no âmbito do Estado Português, foram atribuídas as seguintes denominações: Voz Autárquica, Voz Jurídica, Voz da Segurança Pública e Voz de Organismo Nacional.

4.1. PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

4.1.1. Invisibilidade da Violência de Gênero

4.1.1.1. Indisponibilidade de dados

A invisibilidade da violência de gênero intensificou-se durante a pandemia. No período da coleta de dados desta investigação, o ano estatístico ainda não havia sido fechado e, no relato dos entrevistados, havia a percepção de uma redução dos casos de violência de gênero. Entretanto, eles apontaram alguns motivos para a redução na procura pelos serviços: “(...) *temos verificado isso e, portanto, é uma das preocupações também consolidar aqui os dados efetivamente e extrair estatisticamente e, em termos gerais, houve uma diminuição da procura pelos serviços. Também é compreensível: essas pessoas estão confinadas, estão em casa. Notamos que quando houve o desconfinamento houve um ligeiro aumento* (Voz da Segurança Pública).

4.1.1.2. Não tipificação do crime de violência de gênero

Em contrapartida um contraponto relevante foi colocado em relação à não tipificação do crime de violência de gênero “*tem aí uma premissa que temos que considerar. Em Portugal não há o crime de violência de gênero. Em Portugal só há o crime de violência doméstica.(...) Nós na investigação, estamos sujeitos ao princípio da legalidade só podemos trabalhar no âmbito da violência doméstica. Os processos são catalogados para depois trabalhos estatísticos (...) como violência doméstica (...). A grande maioria será a violência de gênero como toda gente sabe.*” (Voz Jurídica)

4.2. PROCESSO DE TRABALHO E FORMAÇÃO ESPECÍFICA

4.2.1. Formação em Violência de Gênero e Violência doméstica

No que toca à formação específica para a abordagem da violência de gênero, algumas lacunas foram mencionadas: *Não tenho qualquer formação específica na matéria, simplesmente, no final do meu curso, conjuntamente com o meu orientador, logicamente, achamos por bem fazer uma tese dentro deste tema que achamos pertinente e que achamos que realmente era importante fazê-lo. (...) não sou nenhum especialista na matéria.* (Voz da Segurança Pública).

Há ainda relatos que denunciam que já houve esforços no sentido de promover formações em violência de gênero, mas que atualmente já não é uma prática comum: *No passado sim, mas já há muitos anos. Penso que neste momento todos nós necessitaríamos de nova formação porque muitas coisas mudaram ao longo do tempo.* (Voz Autárquica)

4.2.2. Ausência de Solicitação de Serviços

No âmbito das Autarquias, aqui representadas pelas Juntas de Freguesia foram relatados a escassa procura das mulheres em situação de violência *Na Junta, concretamente, nós não nos apercebemos, podemos ter conhecimento através de outras instituições, mas que nos sinalizem, que nos procurem para resolver ou para falarem sobre esta questão, não. É curioso, mas não. Eu posso conhecer (...) famílias que têm imenso problema intrafamiliar, mas que já estão a ser acompanhadas por outras instituições (...), e como estão a ser acompanhadas por outra instituição, não vamos, eu enquanto técnica, não vou intervir nesta questão. (...) é como lhe digo, volto a dizer. Nesta problemática as pessoas não nos procuram.* (Voz Autárquica)

4.3. REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

4.3.1. Apoios Institucionais

4.3.1.1. Recursos humanos

A escassez de recursos humanos se mostrou como uma lacuna relacionada ao apoio institucional, que se manifesta na saúde dos trabalhadores e no processo de trabalho com a mulheres em situação de violência doméstica. *As pessoas que aqui trabalham, dos magistrados e dos seus funcionários estão em estado, praticamente de Burnout. (...), neste momento só está um funcionário para um magistrado a trabalhar no processo de violência doméstica. (...) todos estes processos são urgentes e, (...), sendo certo que seus funcionários trabalham aos sábados voluntariamente e agora estão até numa equipa de reforço de recuperação, mas isto não é maneira de trabalhar na violência doméstica.* (Voz Jurídica)

4.3.1.2. Recursos financeiros

Soma-se, à escassez de recursos humanos as dificuldades de investimento financeiro para os serviços de violência de gênero *(...) quando os projetos são montados e são criados, as ideias são boas, mas não são oferecidos meios, e eu não sei de quem é a culpa e não quero atribuir culpas, mas não há mínimos meios.* (Voz Jurídica)

4.3.2. Desafios no Uso de Tecnologias para a Intervenção

4.3.2.1. Linhas de emergência, SMS e ferramentas online

No contexto da pandemia de COVID-19 as linhas de emergências, mensagens por SMS e as ferramentas online foram incorporadas no cotidiano do trabalho. *A nível de telefone não mudou muito porque quando coabitam com o agressor, não há notificação de vítima por carta. Mesmo em período normal, as notificações das vítimas são por contato telefônico. Há colegas que fazem diligências por Whats app, esperamos que no futuro estas diligências não caiam se encontrarem alguma magistratura mais formalista.* (Voz Jurídica)

Para os serviços ligados ao apoio jurídico e à Segurança Pública, os atendimentos presenciais se mantiveram nos períodos de confinamento: *No que diz respeito ao atendimento, propriamente dito, e as situações de ocorrências, digamos, da deslocação dos meios policiais ou aos locais onde ocorrem as situações de violência doméstica, não existiu qualquer alteração.* (Voz da Segurança Pública)

4.3.2.2. O contato online

Durante o período de confinamento que veio com a pandemia, o contato online foi uma forma de adaptar o atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. No entanto, esta adaptação se tornou desafiadora “(...) *uma linha muito ténue e esta é sempre a questão (...) quando fazemos uma interação com a vítima que não é pessoalizada em que à partida os níveis de segurança são completamente distintos, não é? A vítima está num espaço securitário, (...). Quando isto é feito a partir de qualquer outro meio nós não sabemos como é que está o lado de lá, ou seja, aí também a reinvenção que os técnicos fizeram e com estratégias de sinais de segurança que trabalharam com as vítimas para perceber se o risco podia existir ou não existir foi extremamente importante também, não é? Agora, é evidente que isto coloca sempre questões muito profundas do ponto de vista da intervenção, basta o não estarmos a olhar, não estarmos a ver, não estarmos a ver expressões faciais, reações que nos permitam desenvolver depois todo um processo de acompanhamento mais eficaz para condicionar a intervenção.* (Voz de Organismo Nacional)

As limitações do contato online foram também expressas por meio das condições para o estabelecimento da comunicação e pela habilidade de uso das ferramentas tecnológicas: *(...) as condições pra ouvir não são as ideais. É muito complicado ouvir uma vítima, por exemplo, por whatsapp.* (Voz Jurídica)

4.4. ACESSO DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA AOS SERVIÇOS

4.4.1. Barreiras no Acesso ao Serviço

4.4.1.1. Confinamento e presença do agressor

A situação de confinamento associado à presença constante do agressor foi apontada como uma condição importante que interfere no da mulher em situação de violência doméstica aos serviços de atenção. Neste sentido, um dos entrevistados destaca: *(...) o tempo em que passam controladas e no confinamento, ou seja, que estão confinadas e que estando confinadas também com o agressor limita-as na sua capacidade de autonomia para a decisão de sair, (...) de relações abusivas e da violência.* (Voz de Organismo Nacional)

4.4.1.2. Escassez de Recursos Humanos

A escassez de recursos humanos foi recorrentemente relatada pelos/as participantes da pesquisa. *(...) a principal dificuldade é de fato a falta de tempo e de pessoal, que está toda a gente carregada de trabalho (...).* (Voz Jurídica)

Durante os períodos de confinamento, a dinâmica de teletrabalho acentuou esta escassez: *Mas o que eu tenho verificado, e poderá ser um dos principais constrangimentos nesse momento, é o fato de muitos dos trabalhadores destas instituições se encontrarem em teletrabalho. (...) Logicamente não haverão de estar todos em teletrabalho, mas se no pré-pandemia tinha dez pessoas a trabalhar a 100% e, neste momento com a pandemia, só tem 3 o 4 a trabalhar em cada semana, é lógico que a partida, o encaminhamento e o cuidado às vítimas não deverá ser o mesmo.* (Voz da Segurança Pública)

4.5. PERCEPÇÕES ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

4.5.1. Políticas Públicas para a Violência de Gênero

Na esfera jurídica, revelou-se a fragilidade das políticas no sentido de garantir recursos humanos e materiais que viabilizem o processo de trabalho e a resposta se deu como um questionamento: *Que políticas públicas? A única coisa que se disse nomeadamente em relação à violência de gênero ou à violência doméstica foi que as pessoas continuavam, os prazos não suspendiam. Não vejo mais nenhuma outra política pública. (...) O que é que custava ao orçamento do Estado uma valorização monetária, no sentido de valorização de se sentirem valorizados e, acrescentando um concurso com um quadro suficiente para nos exigirem um serviço de qualidade. (...) E atiram-se milhões e vai-se para a comunicação social dizer que se gastam milhões na violência doméstica, primeiro não acho que seja gastar, mas, eventualmente, gastam-se da maneira mais cômoda que é tirá-los para entidades. E a entidade que está dentro de casa, que nós organicamente, em termos de decisão não somos dependentes, mas, organicamente somos dependentes do Ministério da Justiça. E dentro de casa, não há sequer mínimos. Eu não tenho câmara a cores, eu não tenho máquina fotográfica... Portanto, andamos todos aqui por carolice a trabalhar.*

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 trouxe para além da crise sanitária, uma necessidade emergencial de reestruturação dos serviços na macroestrutura do Estado aqui representadas pelas Autarquias, pelos Serviços de Segurança Pública (PSP e GAIV), pelo Sistema Judicial e pelos Organismos Nacionais (CIG).

Os resultados desta pesquisa revelam lacunas importantes que dificultam a abordagem da violência doméstica, especialmente, durante os confinamentos impostos como forma de conter a transmissão do SARS-Cov-2.

Por ter ocorrido em um momento em que o ano estatístico ainda estava em aberto, os/as entrevistados/as ainda não conseguiam verificar com clareza a alteração nos índices de violência de gênero. Entretanto, a prática no cotidiano de trabalho indicou para estes profissionais o decréscimo na procura pelos serviços. Tal redução foi justificada por eles e elas como efeito do confinamento. Este achado é corroborado por estudo que discutiu a situação das mulheres e a igualdade de gênero durante o confinamento em Portugal que apontou diminuição de 39% das denúncias (Moreira e Oliveira, 2020). Fortalecendo esta concepção, Ferreira et al. (2021) afirmam que o isolamento social associado à crise econômica, intensificam a ocorrência da violência doméstica e dificultam o seu acesso aos serviços de atenção.

Ao mesmo tempo, o fato de a violência de gênero não ser tipificada como crime, na percepção de um/a dos/as entrevistados/as, contribui para inviabilização desta problemática. Em Portugal, a Violência Doméstica está prevista no Código Penal em seu artigo 152 e é definida como:

Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite; é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal. (Art. 152.º do Código Penal)

Embora a lei de Violência Doméstica tenha amplo enquadramento jurídico, a voz jurídica nesta pesquisa deixou subentendido que algumas situações que não se encaixam nestas definições não chegam ao Sistema de Justiça Penal.

Quanto à formação específica para a violência de gênero e violência doméstica, as falas dos/as entrevistados/as desvelaram que ainda há lacunas que precisam ser supridas pelo Estado, apesar dos esforços para este tipo de qualificação já terem sido efetuados no passado. Deste modo, os profissionais acabaram por buscar qualificar-se utilizando meios próprios.

A qualificação e formação específica de trabalhadores e trabalhadoras para o atendimento às mulheres em situação de violência de gênero e violência doméstica deve ser assegurada, uma vez que estas pessoas desempenham relevante função na identificação e abordagem dos casos (Fornari e Fonseca, 2021).

Na Juntas de Freguesia, foi relatado que as mulheres em situação de violência doméstica não procuram este serviço. Este fato foi considerado curioso por uma das entrevistadas, uma vez que na estrutura do Estado, são as Juntas de Freguesia que desempenham o papel de maior proximidade com a população. Embora não seja o foco deste artigo, o que parece, é que a função do Estado de abordagem dos casos de violência doméstica está sendo transferido para outras instituições de apoio. Esta inferência apoia-se em um dos relatos que menciona o atendimento por outro órgão e, por este motivo, a Junta não atua. Reforça-se neste sentido a importância do papel do Estado no enfrentamento da violência doméstica. Neste cenário, Vieira, Garcia e Maciel (2020) ressaltam que o Estado precisa mobilizar e garantir às mulheres o direito de viver sem violência. Para isto, é preciso que os serviços de proximidade com a comunidade estejam preparados e atuantes no enfrentamento da violência doméstica.

No que toca à reorganização dos serviços, verificou-se a escassez de recursos humanos e financeiros como entraves para o adequado atendimento às mulheres em situação de violência doméstica. A reduzida quantidade de profissionais, tem provocado, segundo os entrevistados, sobrecarga e adoecimento dos trabalhadores. O baixo quantitativo de profissionais repercute também, na visão de entrevistados e entrevistadas, no acesso das mulheres aos serviços de apoio jurídico e Segurança Pública. O fato de, nestes espaços, parte dos trabalhadores terem desenvolvido sua função em regime de teletrabalho, agravou a problemática da escassez de recursos humanos durante a pandemia o que dificultou a oferta de atendimento adequado. Na mesma esfera, os poucos recursos financeiros têm funcionado como obstáculos para o desenvolvimento dos projetos.

Desde o início da pandemia, esforços no sentido de criar novas formas de comunicação foram empregados. Entre eles foram criadas as linhas de emergência, mensagem de SMS e

contatos em tempo real com ferramentas online. A Comissão para Igualdade de Género (2020) afirma que iniciativas têm sido empregadas para o acompanhamento dos casos de violência doméstica, além da criação de diferentes soluções de proximidade neste delicado momento pandêmico.

Apesar de necessário, o contato em tempo real por meio das plataformas digitais e aplicativos, ao mesmo tempo em que ajudam no processo de aproximação da vítima com os serviços, podem ainda oferecer riscos devido à presença do agressor. Além disso, nem todas as mulheres têm habilidades para utilizar estas ferramentas, o que pode ser um fator limitador para o acesso aos serviços assistenciais.

Quando indagados acerca das políticas públicas voltadas à prevenção e enfrentamento da violência de género, novamente veio à tona as lacunas na escassez de recursos humanos e financeiros. Os entrevistados e entrevistadas mencionaram a necessidade de concurso para pessoas vocacionadas ao trabalho na área da violência doméstica e com justa remuneração.

Já quanto aos recursos financeiros, as falas desvelam a necessidade de financiamento do Estado para melhorar o acesso a materiais equipamentos que possibilitem a melhora da qualidade do trabalho.

Esta investigação permitiu compreender, sob a perspectiva de trabalhadores das autarquias, Agentes de Justiça e Segurança Pública, bem como dos dirigentes institucionais, os limites e as possibilidades das ações desenvolvidas pelo Estado para o apoio e intervenção junto às mulheres em situação de violência doméstica durante a pandemia de COVID-19.

Vale ressaltar, que a violência de género e doméstica e suas repercussões não são um fato novo. A pandemia apenas exarcebou problemas já existentes. Apesar de todas as discussões que tem suscitado, a violência doméstica ainda permanece como uma epidemia silenciosa e invisibilizada, nos dados e no enquadramento jurídico que deixa à margem a violência de género.

A escassez de recursos humanos e o limitado investimento financeiro na área foram fatores recorrentes nas falas dos/as participantes da pesquisa. Entretanto, há que se reconhecer os esforços empregados na direção de assistir as mulheres em situações de violência doméstica através da criação de serviços como as linhas de emergência e contatos online.

Ressalta-se que todos os esforços no sentido de identificar, abordar e assistir as mulheres em situação de violência doméstica devem ser empregados e valorizados. No entanto, ressalta-se que a abordagem e o enfrentamento da violência de género e doméstica não pode manter seu foco apenas no acolhimento das denúncias. Se faz necessário investimento do Estado para ampliação de quadros de trabalhadores qualificados nos serviços de prevenção e resposta à violência, além da ampla divulgação dos serviços já estruturados. O investimento nestes serviços com forte sustentação no Estado, é uma forma de enfrentar as repercussões sociais, econômicas e sanitárias da COVID-19.

6. REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) (2020). *Monitorização RNAVVD e linhas de apoio CIG*. <https://www.cig.gov.pt/https://www.cig.gov.pt/2020/06/monitorizacao-rnavvd-linhas-apoio-cig/>

- EIGE (2021). *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*. <https://eige.europa.eu/publications/covid-19-pandemic-and-intimate-partner-violence-against-women-eu>
- Ferreira et al. (2020). Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: agravos no contexto de pandemia. *RBEM*, 44(sup.1): e0147.
- Fornari, L.F., Fonseca, R.M.G.S. (2021). Board Game Violetas: the perspective of professionals addressing violence against women. *Rev Esc Enferm USP*, ; 55(e20200238).
- Fraser, A. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. <https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>
- Minayo, M.C.S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 239-62.
- Moreira, J.A.M., Oliveira, C.S.O. (2020). Tempo e Gênero na Crise do COVID-19. In Moreira, J.A.M., Oliveira, C.S.O. (Eds), *Tempo e Sociedade em Suspenso*, Lisboa:CIES.
- OMS. (2020). *Brote de enfermidade por coronavirus (COVID-19)*. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EA1aIQobChMI3ezN8eie8QIVpxoGAB25oQ9vEAAAYASAAEgK3ofD_BwE
- ONU. (2020). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
- Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. Código Penal -Art, 152 Violência Doméstica. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=109A0152&nid=109&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=
- Spink. M.J.P., Gimenes. M.G.G. (1994) Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para análise de discurso sobre a saúde e a doença. *Saúde e Soc.*, 3(2), p. 149-171.
- United Nations – UN. *Policy Brief: The impact of COVID-19 on women*. United Nations, 2020. <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/06/report/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en-1.pdf>
- Vieira, P.R., Garcia, L.P., Maciel, E.L. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol.*, 23(3200033).
- Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2010.

A PANDEMIA DENTRO DA PANDEMIA: O QUE DIZEM OS ESPECIALISTAS?

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

ALMUDENA GARCIA MANSO

Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC)

GUSTAVO MALAFAYA SÁ

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

LÚCIA RAMOS DA COSTA

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

Marcelo Brigagão de Oliveira

Universidade Federal da Paraíba

JULIANA GUIMARÃES E SILVA

Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto (ISPUP-UP)

1. INTRODUÇÃO

Inúmeros casos de pneumonia sem causa conhecida ocorreram na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China a partir do dia 21 de dezembro de 2019. Situação que gerou uma busca por explicação do fato. Em janeiro de 2020 houve a confirmação da identificação de um novo tipo de coronavírus causador da doença infecciosa “*COronaVirus Disease*” identificado em 2019 (COVID-19) (Tan, W et al. 2020).

Cientistas do National Institute of Viral Disease Control and Prevention (IVDC) identificaram a primeira versão completa do genoma no novo gênero β -coronavírus. A COVID-19 é causada pelo vírus “Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2” (SARS-CoV-2) e em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a doença como uma pandemia (OMS,2020). Vários países, tendo em vista a contenção da pandemia, adotaram o isolamento social como medida de contenção. A identificação dos casos suspeitos e confirmados, o rastreamento das pessoas que tiveram contato com estes casos e o isolamento podem ser fundamentais para obter o controle da transmissão por um período de tempo maior e evitar um surto (Hellewell et al., 2020). Ao se considerar as medidas de isolamento social, subentende-se um maior convívio entre familiares, assim mesmo como, entre pessoas que residem no mesmo domicílio. Esta situação culminou num aumento dos problemas de relacionamento, dentre estes a violência doméstica.

Portugal, conta desde a década de noventa com legislação especificamente voltada para as vítimas de violência doméstica passando assim, a dar resposta não só a um problema social cuja consciencialização dos seus efeitos nas vítimas e nas famílias onde ocorre é crescente, como foi ao encontro de um conjunto de recomendações europeias desenvolvidas neste domínio (Dias, 2008). Contudo, a lei tem vindo a sofrer alterações constantes se adaptando a realidade de cada momento societal e a última já em pleno período pandémico

veio com a ideia de implementar o reforço das medidas de proteção das vítimas de violência doméstica.

“A **Lei 54/2020, de 26 de agosto 2020** reforça as medidas de proteção das vítimas de violência doméstica, procedendo à 6ª alteração à Lei 112/2009, de 16 de setembro que define o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas.

O artigo 20.º da Lei 112/2009 - “Direito à proteção” - passa a ter a seguinte redação:

1 - É assegurado um nível adequado de proteção à vítima e, sendo caso disso, à sua família ou a pessoas em situação equiparada, nomeadamente no que respeita à segurança e salvaguarda da vida privada, sempre que as autoridades competentes considerem que existe uma ameaça séria de represálias, de situações de revitimação ou fortes indícios de que essa privacidade possa ser perturbada.

2 - O contacto entre vítimas e arguidos em todos os locais que impliquem a presença em diligências conjuntas, nomeadamente nos edifícios dos tribunais, deve ser evitado, sem prejuízo da aplicação das regras processuais estabelecidas no Código de Processo Penal.

3 - Às vítimas especialmente vulneráveis deve ser assegurado o direito a beneficiarem, por decisão judicial, de condições de depoimento, por qualquer meio compatível, que as protejam dos efeitos do depoimento prestado em audiência pública.

4 - O juiz ou, durante a fase de inquérito, o Ministério Público, devem determinar, sempre que tal se mostre imprescindível à proteção da vítima e obtido o seu consentimento, que lhe seja assegurado apoio psicossocial e proteção por teleassistência, por período não superior a seis meses, prorrogável se circunstâncias associadas à proteção da vítima o justificarem.

5 - *A vítima pode requerer que a sua morada seja ocultada nas notificações das autoridades competentes que tenham o suspeito ou o arguido como destinatário.*

6 - (Anterior nr. 5) O organismo da Administração Pública responsável pela área da cidadania e da **igualdade de género** pode recorrer a regimes de parceria para instalar, assegurar e manter em funcionamento sistemas técnicos de teleassistência.

7 - (Anterior nr. 6) O disposto nos números anteriores não prejudica a aplicação das demais soluções constantes do regime especial de proteção de testemunhas, nomeadamente no que se refere à proteção dos familiares da vítima.”

(D.R., 1ª. Série, pg. 9 de 20 de agosto de 2020)

2. OBJETIVOS

O estudo teve como principais objetivos:

- Compreender, segundo as perspetivas destas profissionais, os obstáculos e aspetos facilitadores da intervenção durante o contexto pandémico.

- Compreender, segundo as perspetivas destes stakeholders que políticas públicas podem ser desenhadas para o futuro em situação análoga.

3. METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO, POPULAÇÃO ALVO E TIPO DE ESTUDO

O cenário de intervenção do nosso estudo foi a capital do Norte de Portugal - Porto. Cidade de fortes tradições patriarcais e com elevado índice de violência doméstica e violência na intimidade.

Participaram 6 especialistas a maioria professoras e investigadoras universitárias de instituições do Ensino Superior Público e Privado, que dedicam parte de sua carreira académico-científica às questões de Género em geral e de Violência Doméstica e de Violência na Intimidade em particular, com a idade média rondando os 46 anos

Dados sócio-demográficos Especialistas						
Participantes	Sexo	Idade	Habilitações	Área de Formação	filhos	Profissão
E1	F	44	Doutoramento	Psicologia	Sim	Prof. Univ.
E2	F	62	Doutoramento	Ciências da Educação	Sim	Prof. Univ.
E3	F	65	Doutoramento	Sociologia	Não	Prof. Univ.
E4	F	30	Doutoranda	Criminologia	Não	Investigadora
E5	F	29	Doutoranda	Criminologia	Não	Investigadora
E6	F	47	Licenciatura	Relações Internacionais	Não	Ativista

Optou-se por um tipo de pesquisa qualitativa com entrevistas semiestruturadas e em profundidade. Com esta técnica qualitativa, apesar de existir um guião de entrevista, este não é fechado, podendo o entrevistador, de acordo com a sua experiência e o desenrolar da conversa com o entrevistado, adaptar o guião em resultado da sua interpretação, de acordo com um diálogo estabelecido e crítico com a realidade. Sendo uma técnica qualitativa, a tentativa de “compreender” e/ou “explicar” determinado fenómeno ou realidade são as grandes razões da sua utilização. O carácter exploratório deste tipo de entrevistas torna-as aptas em qualquer tipo de investigação, mas são especialmente úteis na investigação de temas sensíveis como é o nosso caso.

3.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Um guião de entrevista semiestruturada foi utilizado para conduzir as entrevistas em profundidade tal como se apresenta.

Segundo Bogdan & Biklen (2010), “uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo.” Anderson & Kanuka (2003) consideram a entrevista com um método único na recolha de dados, por meio do qual o investigador reúne dados, através da comunicação entre indivíduos.

**GUIÃO DE ENTREVISTA
ESPECIALISTAS**

Dados Sociodemográficos

Sexo
Idade
Nacionalidade
Estado Civil
Tem filhos/as? Se sim quantos?
Nível Académico
Profissão
Local de Atuação

Violência de Género em tempos de COVID-19

1. A pandemia não tem efeitos neutros em termos de género. Na sua perspetiva quais os efeitos que a pandemia por COVID-19 trouxe a nível da violência de género?
2. Na sua opinião, os casos de violência de género aumentaram ou diminuíram durante e após o confinamento pela pandemia de COVID-19?
3. Na sua opinião, que fatores contribuíram para esse aumento ou diminuição?
4. Quais os problemas/dilemas/desafios atuais que se enfrenta na intervenção VG em tempos de COVID?
5. Na sua opinião, quais as principais dificuldades que as mulheres vítimas de violência de género encontram na interface com os serviços de apoio (e.g., saúde, sociais) antes, durante e após o confinamento pela pandemia de Covid-19?
6. Considera existir diferenças entre a 1ª vaga e a 2ª vaga na perpetuação das situações de violência de género e na procura de ajuda por parte das vítimas?
7. Que tipo de medidas foram implementadas durante a pandemia para prevenir a VG (administração central, local, ONG's)?
8. Considera essas medidas suficientes? Se não o que proporia?
9. Considera importante reunir e analisar todas as medidas adotadas no contexto pandémico? Se sim, por quem, como e quando?
10. Antes da pandemia a violência de género e doméstica corporizavam um flagelo social com proporções epidémicas a nível nacional. Que tipo de atuação será necessária acrescentar às já existentes para prevenir o agravamento da VG em situações de crise como as que vivemos na atualidade?
11. Considerando os múltiplos projetos que o Estado está a financiar para investigar metodologias de intervenção inovadoras, como é que estas novas ideias podem ser convergidas? Quem pode pegar nisto? Como é que o Estado pode otimizar estas ideias para que não fiquem só no papel e vigorem na sociedade?

Você gostaria de falar mais alguma coisa sobre este tema – violência de género, violência doméstica, violência contra as mulheres – que nós não perguntamos?

Obrigada pela sua participação!

As questões elencadas no guião da entrevista foram distribuídas em dois registos temporais. 1) Avaliação sociológica sobre a situação atual relativamente a Violência Doméstica e as Medidas de Reforço Aplicadas pelo Governo em tempos de COVID-19; 2) Como perspectivam estes atores sociais especialistas no tema, um cenário futuro em situação de catástrofe e que políticas públicas a seu ver tem de ser desenvolvidas e aplicadas para afrontar esta problemática de pandemia social dentro da pandemia sanitária.

3.3 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE

Todas as participantes contatadas foram selecionadas de forma aleatória de entre um universo de especialistas na área, tendo sido lhes informado o teor da investigação e o seu propósito. As que aceitaram participar do estudo foi-lhes solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Informado, assim como a garantia do seu anonimato, a confidencialidade e o direito de abandonar a sua participação na investigação a qualquer momento.

Motivado pela pandemia de COVID-19, as entrevistas decorreram entre fevereiro e abril de 2021 por videoconferência por meio da utilização dos aplicativos meet google e/ou ZOOM. A duração média de cada entrevista foi de 60 minutos e foram gravadas após autorização concedida pelas participantes.

Todo as entrevistas foram gravadas, foram posteriormente transcritas e objeto de análise de conteúdo "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2009, p. 44). Esta técnica propõe analisar o que é explícito no texto para obtenção de indicadores que permitam fazer inferências.

4. RESULTADOS

As entrevistas concedidas vieram, reforçar e fortalecer muitos dos pressupostos que estavam na base desta pesquisa que “a violência contra as mulheres é estrutural e é endêmica (...) É uma das manifestações do patriarcado, está presente sempre e tem muitas e variadas formas” (E4).

Para preservar o anonimato das especialistas que colaboraram na pesquisa foram atribuídas as seguintes denominações: E1,E2, E3...E6

4.1. VÍTIMA VERSUS AGRESSOR: AS DUAS FACES DO CICLO DA VIOLENCIA DE GÊNERO

Como ressalta uma de nossas entrevistadas “a violência doméstica não começa de um momento pra outro, [ela], tem um historial agressivo que inicia com gestos de controle e de raiva, a seguir as pedidas de desculpas e as luas-de-mel, a ressurreição do príncipe encantado e tal, e portanto, isto vai agravando, aumentando de severidade, diminuindo o espaço de tempo entre cada uma das agressões. Agressões que não são, necessariamente, apenas físicas” (E2) se esta já era uma realidade presente no nosso cotidiano antes da pandemia, esta veio a exacerbar-se mais ainda durante o período pandêmico (...) a pandemia teve sem dúvida, teve e continua a ter, um impacto muito grande, impacto esse que nós não conseguimos medir totalmente neste momento, porque não é apenas um impacto a médio prazo, ou curto prazo, é também um impacto que vai ser a longo prazo, sem dúvida nenhuma.” (E6) a situação de risco sanitário nada mais veio que revelar à luz do dia muito daquilo que todos nós vemos mas simultaneamente velamos e que o dito popular tão sabiamente resume numa só expressão “Entre marido e mulher não metas a colher” porque na verdade “a pandemia também não traz novos agressores, pode mostrar mais, pode-se tornar mais evidente, mas não é uma causa da agressão, pelo menos na maior parte dos casos não será com certeza.”(E4)

A pandemia veio revelar as dificuldades sentidas pelas vítimas de uma forma mais explícita: as “vítimas tinham receio, com certeza, durante o confinamento de sair de casa, até porque muitas vezes estão a viver com o próprio agressor e, portanto, não têm tanto esta oportunidade de fazer a denúncia” (E3) ou como ressalta umas de nossas entrevistadas: “A primeira e a mais importante é que as medidas de confinamento ou mesmo que não seja confinamento, que sejam de restrição aumentam o tempo em que os agressores estão no mesmo espaço físico que as vítimas (...)essa situação potencia várias violências. O maior controle, maior frequência das ocorrências da violência e também uma maior severidade da violência (...) estão ali presas, enclausuradas, portanto, e nós chamamos o terrorismo patriarcal e, efetivamente, é um terrorismo patriarcal sem direito à circulação (...) maior dominação por parte do agressor e do exercício da violência.” (E2) algo que todas as especialistas coincidem em ver com a vulnerabilidades socioeconómicas destas mulheres e que se faz acentuar mais ainda nas freguesias em que o rendimento mensal é maioritariamente igual ou abaixo do salário mínimo nacional. Muitas destas, vivem em regime de trabalho informal, dedicando-se a tarefas de trabalho doméstico o que lhes confere um regime de altíssima precariedade económica e a depender do agressor as mulheres são quem naturalmente, estatisticamente, estão mais sujeitas a trabalhos precários e em part-time, por exemplo, são também as primeiras a ser dispensadas. Já começam a sair os primeiros dados a nível europeu e também de Portugal, que o desemprego atingiu mais desproporcionalmente as mulheres, desemprego derivado da pandemia.” (E 5) ou seja, “ esta questão da crise económica vai ter um profundo impacto em todos nós, nomeadamente nas famílias e poderá, consecutivamente, levar a um aumento das situações de violência, não é, exatamente porque os fatores norteadores que muitas vezes estão... Não é que estejam na base, não é que sejam a justificação, mas que confluem ali com outros factores que nós já sabemos que estão na base da violência de género.” (E1)

Um das mais respeitadas especialistas sobre o tema da violência de género resume assim sobre o impacto económico resultante da COVID-19 na VG: “o desemprego e pobreza aumenta o número de agressividade (...) porque se ele fica desempregado e fica o tempo todo em casa, à potencialização dos atos e aumento da severidade, enfim, é terrível (...) um agressor que até aí fazia, exercia, sobretudo violência emocional e psicológica, nesta situação, pode passar à violência física, sexual. Está a ver? Portanto, a severidade, a multiplicidade de violências até ao feminicídio”(E2) estes são pois alguns dos testemunhos de nossas especialistas sobre a vítima de violência doméstica em período de pandemia.

Ainda não há muitos estudos nacionais sobre os agressores, talvez por que ainda exista algum preconceito, como aponta Dalila Cerejo (socióloga e investigadora do Observatório Nacional de Violência de Género, que através do seu projeto de pós-doutoramento intitulado: Nas teias da violência conjugal: a construção social das emoções em vítimas e agressores), porque “a ideia de estudarmos um agressor em contextos de violência, em contextos que às vezes são de facto penosos” mexe com o ser humano. Mas entender o âmago do que causa este crime é fundamental para diminuir as agressões que, em muitos casos, não têm um final feliz.

4.2. A SOCIEDADE E AS INSTITUIÇÕES FACE À VG

A análise documental proveniente das entrevistas realizadas levantou informações que foram corroboradas pelas categorias anteriormente discutidas por outros colegas em capítulos anteriores: **Violência Doméstica, Género, Patriarcado e Dominação.**

A sociedade tem sido muito das vezes passiva perante a violência doméstica e pior que tudo, a relativiza quase sempre por ausência de formação e sensibilidade na área de género: “(...) os serviços de saúde, na minha opinião, pecam ainda um bocadinho por falta de formação nesta área por alguma falta de atitude mais de sensibilização nesta área. Portanto eu acho que, efetivamente, nós devemos promover cada vez mais a formação no domínio da saúde dos e das profissionais de saúde, para que estejam sensíveis à temática da violência, para que não ignorem qualquer sinal de alerta perante uma situação de violência, porque ele por mínimo que seja, já terá, caso nós ignoremos esse mesmo sinal, poderá ter repercussões é bastante graves.” (E5) mas segundo algumas das entrevistas a situação não se fica sómente pela área da saúde, esta também esta presente nos serviços judiciais o que a nossa ver ainda consegue ser mais grave: “(...) o grande constrangimento é que não há, por parte dos profissionais e das profissionais que estão nas instituições, mesmo de alguns e algumas que estão nos tribunais, Ministério Público, DIAPs, juízes e juízas e em algumas instituições de apoio à vítima, não há um conhecimento sobre esta violência, sabe? Não conhecem os direitos das vítimas, não conhecem os direitos das mulheres, não conhecem os direitos das crianças e o que se faz em Portugal é chamada a polícia de emergência a PSP ou a GNR.” (E3) afirmações sem sombra de dúvidas fortes relativamente às instituições que deveriam zelar pela segurança e proteção das vítimas.

Também há imensas referências textuais relativamente aos constrangimentos de atendimento: “os serviços enfrentaram grandes desafios (...) houve um aumento muito grande nos pedidos de ajuda por parte de vítimas durante o período de confinamento.” (E1) o “primeiro desafio que eles assim enfrentaram desde logo foi quando é decretado o confinamento obrigatório, é decretado o estado de emergência, fecha tudo, mas estes serviços não podem deixar... Então o primeiro desafio foi logo a manutenção destes serviços no momento em que, supostamente, todos os outros serviços tinham de fechar. E aqui, Portugal, agiu muito muito bem e muito rápido, em decretar estes serviços como serviços essenciais, que deveriam permanecer abertos, pelo menos em termos de serviço, não necessariamente aberto fisicamente...” (E4)

No que concerne aos técnicos uma vez mais os nossos especialistas referem algumas dificuldades que também tiveram que afrontar para o exercício de sua atividade: “há profissionais que estão no atendimento a vítimas que não são necessariamente peritos ou experts em programas informáticos, por exemplo. Portanto, saber ligar um computador, saber ligar o skype ou outro tipo de outra plataforma, passa a ser uma competência básica para o exercício da profissão, e até aqui ninguém tinha feito uso destas plataformas (...) passar para as plataformas digitais, também é um desafio para os próprios profissionais. Depois o facto de estarem a trabalhar, alguns destes profissionais, nos espaços de sua casa, é também um desafio... Porque não podemos esquecer que estes e estas profissionais estão a lidar com situações de violência, histórias de vida muito difíceis, e que estão na sua casa, estão no seu escritório, estão no seu quarto, porque claro que há profissionais que não tem um escritório ou uma sala que possam usar exclusivamente para o efeito...” (E3)

Problemas nas intervenções dos técnicos “Porque para o profissional poder fazer a intervenção com a vítima, a vítima tem de estar em segurança, e isso significa que o agressor não está aqui ao lado. Só que, o profissional estando aqui, não tem como garantir que o agressor não esteja aqui ao lado a ouvir tudo, não temos como controlar, não temos como saber se quer. Mesmo que a vítima possa estar a dizer “não, estou sozinha”, porque tem medo, porque está a ser coagida pelo agressor, há sempre esta possibilidade.” (E5) E

não nos esqueçamos do burnout dos profissionais, que já estavam antes da pandemia muito no limiar das suas capacidades: “tudo isto aumenta o próprio stress profissional, que claro se não houver um bom trabalho de rede, se não houver formação para como fazer avaliações de risco online, torna-se muito mais difícil e a responsabilidade que o profissional sente é muito maior.” (E1)

4.3. SOBRE AS RESPOSTAS À PROBLEMÁTICA.

Segundo o relatório do EIGE (Instituto Europeu para a Igualdade de Género) Portugal foi dos poucos países que respondeu de forma muito rápida às questões ligadas à de VG durante o período de pandemia por COVID-19, tanto em termos de legislação, como de serviços de apoio, e de campanhas de sensibilização. Contudo nossas entrevistadas realçam “que no imediato é muito importante fazer-se uma avaliação, até junto das vítimas, sobre que serviços foram utilizados? Que dificuldades é que as vítimas enfrentaram na utilização destes serviços? Porque só assim é que nós conseguiremos avaliar e só assim é que nós conseguiremos ponderar outras medidas ou então a manutenção, de algumas ferramentas que já que já existem.” (E3) “eu acho que, depois dos projetos estarem concluídos e dos relatórios estarem produzidos, isto não pode efetivamente ficar no papel, não pode!, como muitas vezes fica. E portanto tem que se tentar chegar aquilo que nós chamamos os stakeholders, promover a divulgação massiva, dos resultados e das propostas de intervenção neste domínio. Mas mesmo de forma massiva. E tentar fazer aquilo que muitas vezes as próprias candidaturas exigem quando nós estamos a criar candidaturas, que é sustentabilidade. Portanto, criar mecanismos para promover a sustentabilidade daqueles projetos, uma avaliação follow-up no futuro ou uma intervenção follow-up para tentar perceber se aquilo resultaria ou não.” (E4) “promover reuniões para apresentar os dados, para propor medidas e não deixar que estas reuniões caíam no esquecimento, tentar realmente estar ali um bocado em cima do acontecimento, porque caso contrário vamos chegar a uma outra crise pandémica, que eu espero que não aconteça, pelo menos enquanto nós formos todos vivos...” (E6). Existe portanto unanimidade em que há uma necessidade imperiosa de rever algumas das nossas estratégias no combate ao flagelo da VG e reforçar outras já existentes: “eu acho que a questão da prevenção da violência de género que se faz, por exemplo, nas escolas, ela deverá continuar a ser mantida nas escolas e presencialmente, porque as dinâmicas são outras é, mas deverá haver aqui também uma aposta muito grande nos meios digitais. Até porque os nossos jovens e as nossas jovens estão cada vez mais, aliás, eles só vivem no mundo digital, não vivem noutro.”.

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo e usando o excerto de uma de nossas entrevistadas a CIG/Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género e os diversos sectores governamentais estão de parabéns pelo trabalho desenvolvido: “*a minha opinião pessoal é que realmente perante o desconhecido nós até nos safamos bastante bem, não é, desculpa o termo. Porque nós nunca tínhamos passado, pelo menos do que há memória assim recente, nunca tínhamos passado por uma situação destas, e portanto as respostas foram logo imediatas ou quase imediatas.*”(E3)

Não existe vacina que acabe com a VG. O que é necessário, em vez disso, é uma mudança estrutural e social profunda em todos os níveis da sociedade, liderada por governo, empresas, instituições públicas e privadas, sociedade civil e pessoas comuns. Devemos apoiar mulheres,

raparigas e organizações que estão liderando esforços para apoiar sobreviventes, desafiar as práticas patriarcais e promover a igualdade de gênero.

Da análise das entrevistas realizadas às nossas stakeholders resultou estes cinco mandamentos necessários segundo as especialistas para acabar com a violência de gênero:

1. Garantir que as sobreviventes em risco de violência tenham acesso a apoio abrangente incluindo serviços de saúde de qualidade, apoio psicossocial, justiça ou serviços jurídicos, abrigos e/ou espaços seguros e assistência econômica;
2. Promover o empoderamento econômico, social e político das mulheres e raparigas. Isso inclui o apoio a programas de capacitação econômica e meios de subsistência, proteção social e redes de segurança que apoiem as mulheres e acesso à educação segura e equitativa entre rapazes e raparigas. Isso também inclui a promoção da liderança e a participação significativa de mulheres em todos os níveis de tomada de decisão, onde hoje permanecem visivelmente ausentes;
3. Apoiar e expandir políticas, programas e estratégias que promovam a igualdade de gênero nas normas, atitudes e comportamentos sociais e que abordem as causas profundas da violência. É fundamental envolver homens, rapazes, líderes comunitários e outros membros da comunidade para desafiar e transformar as normas, práticas e crenças patriarcais que justificam a violência contra as mulheres;
4. Aumentar o financiamento, o apoio e o espaço para organizações que promovem os direitos das mulheres e raparigas e igualdade de gênero, especialmente organizações locais lideradas por mulheres e de direitos das mulheres que estão na linha de frente da ação contra a VG, bem como organizações lideradas por jovens e por direitos LGBTQI+;
5. Garantir que os processos de planeamento e orçamento público e os sistemas financeiros públicos integrem os princípios de igualdade de gênero e análise de gênero, e certifique-se de que recursos públicos adequados sejam alocados para a prevenção da VG, mitigação de risco e resposta.

POR UMA VIDA MAIS IGUALITÁRIA

Como promover a igualdade e equidade de gênero no dia a dia

Divida tarefas domésticas

Trabalho doméstico e cuidado com filhos são responsabilidade de todos os adultos da casa



Outras práticas a favor da igualdade são oferecer o assento do ônibus a gestantes, cobrar a implantação de fraldários em todos os banheiros e pressionar por licenças maternidade e paternidade

Observe sinais de violência

Busque ajuda e dê apoio caso você saiba de alguém que esteja sofrendo com um relacionamento abusivo ou violência doméstica



*Relatório "The World's Women 2015", da ONU

Repreenda atitudes machistas e racistas

Não se cale ao ouvir comentários e ver atitudes que humilhem mulheres, pessoas negras, indígenas, LGBTQI e de outros grupos



Eleja mulheres

Pesquise quem são as candidatas mulheres, principalmente aquelas de comunidades sub-representadas



Roteiro e ilustrações:
Helô D'Angelo



DIVERSIDADE NO TRABALHO

Como promover a igualdade e equidade de gênero nas empresas

Seleção imparcial

Valorize, estimule e contrate equipes diversas. Retire nome, foto e endereço dos currículos na fase inicial do processo seletivo para garantir isenção



Aumentar em 25% o número de mulheres em uma equipe de gestores leva ao crescimento do faturamento em 1%*

* Estudo da Boston Consulting Group, de 2018

Salários iguais

Apoie iniciativas dentro da empresa que contribuam para a equidade de remuneração para funcionários com cargos equivalentes



No mundo, para cada dólar que um homem recebe, a mulher ganha de 70 a 90 centavos**

** Relatório "The World's Women 2015", da ONU

Mobilização e apoio

Estimule um ambiente seguro para a realização de denúncias de assédio moral, sexual e racismo e apoie a criação de comitês representativos de investigação



Treinamento abrangente

Promova cursos sobre diversidade e combata ao preconceito para todos os funcionários



Roteiro e ilustrações:
Helô D'Angelo



6. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora, 2010.
- Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) (2020). *Monitorização RNAVVD e linhas de apoio CIG*. <https://www.cig.gov.pt/https://www.cig.gov.pt/2020/06/monitorizacao-rnavvd-linhas-apoio-cig/>
- Dias, I. (2000) A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *VI Congresso Português de Sociologia : Mundos Sociais: Saberes e Práticas* Lisboa, de 25 a 29 de Junho de 2008.
- EIGE (2021). *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*. <https://eige.europa.eu/publications/covid-19-pandemic-and-intimate-partner-violence-against-women-eu>
- Fornari, L.F., Fonseca, R.M.G.S. (2021). Board Game Violetas: the perspective of professionals addressing violence against women. *Rev Esc Enferm USP*, ; 55(e20200238).
- Fraser, A. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Violence against Women and Girls. <https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/vawg-helpdesk-284-covid-19-and-vawg.pdf>
- Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1]; 8:e488-e96.
Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30074-7/fulltext#:~:text=In%20most%20scenarios%2C%20highly%20effective.and%20increasing%20transmission%20before%20symptoms](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30074-7/fulltext#:~:text=In%20most%20scenarios%2C%20highly%20effective.and%20increasing%20transmission%20before%20symptoms)
- Minayo, M.C.S. & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 239-62.
- Moreira, J.A.M., Oliveira, C.S.O. (2020). Tempo e Género na Crise do COVID-19. In Moreira, J.A.M., Oliveira, C.S.O. (Eds), *Tempo e Sociedade em Suspenso*, Lisboa:CIES.
- OMS. (2020). *Brote de enfermidade por coronavirus (COVID-19)*. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=EAIaIQobChMI3ezN8eic8QIVpxoGAB25oQ9vEAAAYASAAEgK3ofD_BwE
- ONU. (2020). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>
- Procuradoria Geral Distrital de Lisboa. Código Penal -Art, 152 Violência Doméstica. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?artigo_id=109A0152&nid=109&tabela=leis&pagina=1&ficha=1&nversao=
- Spink. M.J.P., Gimenes. M.G.G. (1994) Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para análise de discurso sobre a saúde e a doença. *Saúde e Soc.*, 3(2), p. 149-171.
- Tan W, Zhao X, Max, Wang W, Niu P, Xu W, et al. A novel coronavirus genome identified in a cluster of pneumonia Cases – Wuhan, China 2019-2020. *China CDC Weekly* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 1];2:61-2.
Available from: https://www.researchgate.net/publication/342044613_A_Novel_Coronavirus_Genome_Identified_in_a_Cluster_of_Pneumonia_Cases_-_Wuhan_China_2019-2020

United Nations – UN. *Policy Brief: The impact of COVID-19 on women*. United Nations, 2020.
<https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/wp-content/uploads/2020/06/report/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en-1.pdf>

Vieira, P.R., Garcia, L.P., Maciel, E.L. (2020). Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol.*, 23(3200033).

Yin, R. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2010.

SOBRE A VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A ARTE DE CONTINUAR A IGNORAR AS ORIGENS...

LÍGIA MOREIRA ALMEIDA

Instituto de Desenvolvimento Humano, Universidade Portucalense

JOSÉ MANUEL PEIXOTO CALDAS

CIEG/Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa (ISCSP-UL)

Independentemente do tecido cultural que perpassa as diferentes sociedades, podemos dizer com relativa segurança que o fenómeno da Violência é transversalmente – e em sentido lato, generalista – tido como globalmente condenável... Existe uma espécie de sentimento coletivo, profundamente humano, de reconhecimento generalizado de denegação por uma maioria social, que distancia de si estes acontecimentos - como se não ocorressem na sua esfera pessoal enquanto indivíduos. A esta perceção subjetiva e simplista, acrescem crenças sociais que enquadram e perpetuam comportamentos violentos de forma contínua e estrutural, associados a processos de desenvolvimento, a contextos familiares, sociais, culturais e educativos que têm determinado a sua expressão, de forma mais ou menos aceite (tolerada, ou inquestionada), em pleno século XXI.

Sabemos todos que a Violência se alicerça na legitimação arbitrária de uma posição de poder numa relação (instituída ou ocasional) que, pelos referidos processos individuais e socioculturais, valida a sobreposição da vontade de um indivíduo face a outro. Ora, do ponto de vista da Defesa dos Direitos Humanos enquanto valores fundamentais e de incontornável supremacia na consignação da condição humana, qualquer ato de violência não só não é enquadrável como deve pautar-se pelo completo repúdio e sanção. Sabemos igualmente que os perpetradores de atos violentos consubstanciam os seus comportamentos numa perceção de vulnerabilidade ou fragilidade nas suas vítimas – e é neste ponto, em conjunto com fatores como idade, nível socioeconómico, situação profissional (que determina a dependência financeira e/ou estrutural), pertença a minorias (e.g. étnicas, de orientação sexual, entre outras), que o género se enquadra.

A socialização com base em estereótipos de género, ou seja, a socialização sexista, estrutura comportamentos e atitudes de violência cuja expressão da vitimização afeta - transversalmente e de forma desproporcional - as mulheres. No entanto, não devemos, enquanto sociedade, perder de vista a totalidade deste processo (atualmente bem estudado e cientificamente documentado, mas para o qual – “convenientemente” – poucos olham...): ser homem num modelo de base sexista dominante e heteronormativo acarreta primeiramente práticas e comportamentos de risco, cuja aprendizagem social exige aos meninos, rapazes e homens um permanente apelo à demonstração, a si mesmos e aos outros, da sua masculinidade (Aboim et al., 2017; Connell, 2005). Esta condição faz-se em paralelo (e com alguma perfídia) com a construção do conceito de feminilidade a ser socialmente construído com base em pressupostos de submissão e cedência. Estes estereótipos de género estão na base da maior incidência da violência doméstica e de género, efetivamente exercida na sua maioria, sobre mulheres, e são os responsáveis primários pela sua perpetuação nos dias de hoje.

Assim, agir cedo na prevenção da violência – prevenção primária - é fundamental e implica retirar as primeiras vítimas – os meninos! – deste ciclo que os tolhe, que é limitador do seu desenvolvimento emocional, psicológico e social enquanto seres humanos, que lhes impõe uma constante obrigação de sobreposição, de “coragem”, de anulação afetiva, e que semeia olhares desiguais (de desconfiança até!) perante os seus legítimos companheiros – os outros!, sejam eles outros meninos ou meninas, provenientes de meios económicos mais ou menos desfavorecidos, de estruturais familiares semelhantes ou desiguais... A prevenção primária da violência (de género) permite, nas crianças, o desenvolvimento de competências de comunicação, de escuta ativa, de resolução de conflitos e de estratégias de raciocínio alicerçadas no pensar antes de agir, que se mantêm ao longo da adolescência e desenvolvem-se aprofundadamente na idade adulta (Neves, 2014; Vieira, 2006). A aquisição destas competências possibilita a assertividade na resolução de problemas, o desenvolvimento da capacidade de ponderação e de responsabilidade na tomada de decisão e a capacidade de diferenciação emocional, de identificar o que estão a sentir e compreender o que as outras pessoas sentem e pensam, levando à empatia (Vives-Cases et al., 2019), e relegando o género para o lugar que deveria ocupar – apenas e só algo que distingue, mas não determina ou legitima poder. A par do empoderamento essencial na construção das identidades femininas, a ciência psicológica sabe há muito que o caminho de combate à violência pela prevenção se faz incontornavelmente pelo combate às masculinidades tóxicas. Nesta linha de ação, que transcorre noutros níveis de intervenção, não faz sentido continuar a empoderar vítimas (essencial e necessário, mas ineficaz) sem reabilitar agressores (já que, a dado ponto, também eles foram vítimas)...

Enquadrando a complexidade do tema da violência de género num contexto pandémico, muito há sobre o que refletir. Por si só, a violência de género é – como vimos - complexa, diversa, heterogénea, e tem como denominador comum uma espécie de estratégia montada de controlo, de poder, de apropriação do outro... Estes comportamentos violentos são insidiosos, mais ou menos graves e/ou frequentes. Baseiam-se, desde o seu início, na referida posição de assimetria. Em contexto de pandemia e, sobretudo durante os confinamentos, onde todos nos vimos privados do valor fundamental da liberdade e espaço pessoal, facilmente se compreende a existência de uma panóplia ingovernável e nunca experienciada de fatores de stress que se somaram entre si (e.g. desgaste relacional, stress, dificuldades na gestão da incerteza, emersão de conflitos latentes, perda de rendimentos por desemprego ou layoff, atropelo de tarefas domésticas com compromissos profissionais, sobrecargas parentais diversas na gestão de tudo isto com as crianças e responsividade às suas necessidades) Esta compreensão não pretende legitimar – em momento algum! – qualquer episódio de violência, mas legitima do ponto de vista da Psicologia e da Saúde Pública a necessidade de intervir e ajudar a vítima e o agressor, pois permite reconhecer e aceder a processos de sofrimento e descontrolo em ambas as partes.

Partilha-se, deste modo, a perspetiva desde cedo defendida pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, em inúmeras iniciativas preparadas para a comunidade, e que salientam a relevância, nestes casos, de se compreender em primeira instância as dinâmicas da violência que surgiram neste contexto de controlo da covid-19: vários cenários de agravamento de situações pré-existentes foram detetados (situações de escalada violenta agudizadas por maior stress e pelo confinamento); outras situações de agressão surgiram, determinadas por violência cruzada e simetria na agressão (exponenciação de conflitos conjugais, com

passagem ao ato, que podem não determinar padrões de violência doméstica, mas de agressão ocasional); bem como novos casos de violência, alguns episódicos e pontuais ou, entretanto, continuados – mas todas estas dinâmicas enquadráveis como diversas, e sempre inseparáveis deste contexto extraordinário. Cada dinâmica familiar encontrará e perceberá se se trata de um padrão comportamental ou de agressão ocasional, circunscrito. A(s) vítima(s) consegue(m), neste contexto, distinguir facilmente... Evidentemente, esta capacidade de percepção crítica sobre a violência e a agressão não é generalizável, até porque cada pessoa tem os seus próprios recursos – pessoais e sociais - para lidar com as suas vivências. Além disto, independentemente de se tratar de um comportamento reiterado ou episódico, um comportamento violento nunca deve ser naturalizado, e é importante que a pessoa (vítima e/ou agressor) saiba que tem onde recorrer para procurar a ajuda que necessita, para ver o seu sofrimento e sentimentos acolhidos por parte de um profissional isento e idóneo, e tomar uma decisão informada para a sua vida...

Cabe ainda esclarecer que, de acordo com a OPP, as denúncias de violência de género não aumentaram durante este período – pelos motivos que foram sendo mais ou menos explorados ao longo do presente livro, mas aumentaram os pedidos de ajuda. Carecendo de estudos aprofundados e de produção científica alicerçada em factos, estes dados evidenciam um perfil de vítima em mudança... No que ao género diz respeito, a pandemia veio sobretudo pôr a descoberto desigualdades em várias matérias, vulnerabilidades e fragilidades pré-existentes agravaram e tiveram mais impacto sobre a vida das pessoas... Homens e mulheres não viveram isto da mesma forma, isso é certo. Devemos procurar, no entanto, medir com cientificidade estes impactos; por exemplo, na esfera laboral – quem perdeu mais emprego? Quem foi mais afetado por *layoff*? Como foi a vivência do teletrabalho em casa? Quem acumulou mais horas com funções familiares e de cuidados a crianças, a idosos... em tarefas domésticas...? Sem “achismos” – eles próprios reforçadores dos estereótipos de género que a comunidade científica e a comunidade social informada tanto deseja combater! – que apenas estimulam clivagens, desentendimentos, separação. Faltam dados... Tudo indica que, por analogia e análise da estrutura “tradicionalista” da sociedade portuguesa, terão sido as mulheres as mais afetadas, mas (ainda) não há dados científico nesta matéria, nem foram exploradas as variáveis necessárias a esta compreensão.

Por outro lado, sabemos que o Estado Português proporciona continuamente um enquadramento legal progressista e bem assente nos Direitos Humanos, nesta e noutras matérias sensíveis. No que concerne à resposta rápida perante situações de violência, observou-se uma agilização protocolar de intervenção em 72h após denúncia. Em paralelo, assistiu-se por iniciativa própria, por parte dos serviços, um aumento da plasticidade das pessoas: desburocratização de procedimentos na emergência (sociais, na saúde...), coesão entre instituições e agilização dos canais de comunicação. Em crise, as instituições portuguesas flexibilizaram-se para atender às necessidades. No meio da crise, houve uma mobilização dos profissionais, que deram bem mais do que no seu normal de trabalho... foram ágeis, imbuíram-se de uma espécie de missão que agilizou os processos e as intervenções (maior foco no resultado e não no processo), que originou respostas mais rápidas às vítimas.

No entanto, e no que concerne à leitura do maltrato – implicada em qualquer consequência de denúncia, após a intervenção emergencial de resposta rápida, continuamos (e

continuaremos) a embater em entraves subjetivos, socioculturais, de interpretação pessoal perpassada pelos estereótipos de género... O que é, então, considerado maltrato? Uma bofetada isolada não é grave? E o impacto que teve na pessoa agredida? Há outras dimensões, para além do direito e da análise objetiva, profundamente implicados nas análises e decisões judiciais, que se alicerçam na construção social dos profissionais da magistratura, da saúde... um grau de interpretação que vai muito para além do enquadramento legislativo. Verifica-se, a título de exemplo, continuamente a existência de leituras heterogéneas por parte dos magistrados, em tribunal, perante acontecimentos de violência, na apreciação da gravidade... A questão que se impõe compreender é que também os magistrados são mais informados pela sua matriz cultural e estereótipos que coletam ao longo da vida, do que pela legislação... Também eles são pessoas, e utilizam as suas grelhas pessoais, os seus estereótipos na interpretação da Lei. Decisões judiciais e interpretações diversas face a situações e acontecimentos similares continuam a acontecer, e continuarão enquanto não intervirmos “a montante”, nos estereótipos que normalizamos durante a infância... Num estudo atento e isento sobre esta matéria, percebemos que não há diferenças de género nas sentenças, uns e outros - magistrados e magistradas, juízes e juízas - fazem leituras da realidade com a grelha daquilo que é a sua vivência e formação pessoal. Existe ainda – e em ambos os casos! - um estereótipo de uma “vítima ideal”, que é tão mais levada a sério se estiver destruída, mais considerada como legítima e verdadeira do que uma vítima “inteira”... E este é – numa opinião muito pessoal – o mais alarmante dos factos...

De acordo com tudo o exposto, destacamos os seguintes pontos, de forma concisa:

EDUCAÇÃO de género desde o pré-escolar até ao fim da vida

PREVENÇÃO das condutas sexistas e patriarcais, pelo combate intencional aos estereótipos de género

INTERVENÇÃO sistémica no apoio às vítimas

REABILITAÇÃO dos agressores.

NÃO A GUERRA DOS SEXOS, que apenas exacerbam e perpetuam ...os estereótipos que queremos atenuar...

Bibliografia

Aboim, S. et al. (2017). *O Que é Masculinidade?* Lisboa: Escolar Editora.

Connell, R. (2005). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

Neves, S. (2014). *Violência no namoro: conhecer para educar, educar para prevenir*. In L. Valente Monteiro (Coord.), *Manual de Boas Práticas para as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens* (pp. 142-149). Porto: Associação Projeto Criar.

Vieira, C. (2006). *É menino ou menina? Género e educação em contexto familiar*. Coimbra: Almedina.

Vives-Cases, C. et al. (2019). Promoting Positive Relationships Among Adolescents: Lights4Violence! A Quasi-Experimental Educational Intervention in six European countries to Prevent Dating Violence. *BMC Public Health*, 19(389), 1-12. doi:10.1186/s12889-019-6726-0

Notas Biográficas

José Manuel Peixoto Caldas

Doctor & Sociologist

Senior Research Fellow at the Interdisciplinary Center for Gender Studies (CIEG)

Institute of Social and Political Sciences, University of Lisbon (ISCSP-ULisboa). Full

Professor at the Federal University of Paraíba - Master's Degree Programme in Gerontology

Associated Researcher at the Institute of Public Health, University of Porto Associate

Editor of Journal of School of Nursing – USP. Invited Researcher of FAPESP - São Paulo

Research Foundation. Director of Iberoamerican Observatory of Health and Citizenship

Joana Bessa Topa

Psicóloga Social, Professora Auxiliar da Universidade da Maia e Investigadora do Centro Interdisciplinar de Estudos de Género pertencente ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa. As suas principais áreas de investigação estão centradas nos estudos de género, migrações, saúde, violência de género, interseccionalidade e desigualdades sociais. É nestas áreas que tem publicado em livros e revistas científicas nacionais e internacionais. Integra na atualidade a rede internacional COST Women on the Move financiada pela Cooperação Europeia em Ciência e Tecnologia. É especialista reconhecida pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género na área da Igualdade entre Mulheres e Homens e na área da Violência contra as mulheres e Violência doméstica.

Yolanda Rodríguez Castro

Profesora Contratada Doctora del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Educación y Trabajo Social del Campus de Ourense de la Universidad de Vigo. Acreditada a profesora Titular por la ANECA desde el año 2015. Es especialista en temas de sexismo, estereotipos de género, sexualidad y violencias de género y sexuales offline y online.

Almudena García Manso

Doctora en Sociología con la Tesis Mujer Género y Cyborg: una mirada social a los ciberfeminismos (2005). Profesora del área de Sociología de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Rey Juan Carlos (2007). Ha escrito más de 60 publicaciones entre libros, capítulos en libros y artículos científicos en revistas de impacto. Ha sido profesora en la Universidad Alfonso X el Sabio (2000-2007). Cuenta con dos sexenios de investigación, dos quinquenios y tres tramos docencia. Es directora del Grupo de Innovación Docente en Sociología de la Universidad Rey Juan Carlos.

Ana Isabel da Silva Castro Forte

Doutora em Ciências da Educação e do Comportamento pela Universidade de Vigo (Espanha) com uma tese sobre violência juvenil entre parceiros íntimos, abuso em encontros cibernéticos, sexting e participação juvenil nas políticas nacionais de combate às desigualdades de género. É licenciada em Psicologia Clínica e da Saúde e Mestre em

Psicologia pela Universidade do Porto. Ela trabalha com diferentes organizações e ONGs projetando conteúdo e oferecendo treinamento não formal e formal, especialmente trabalhando com grupos vulneráveis sociais, jovens, professores e trabalhadores juvenis. Seus principais temas de interesse estão relacionados a direitos humanos, igualdade de gênero, diversidade, inclusão, participação juvenil e voluntariado. Como pesquisadora, ela se concentra na construção de uma ponte entre os estudos de gênero e juventude e tem participado de estudos internacionais e nacionais sobre os temas de educação sexual, violência doméstica e violência sexual.

Ana M. Martínez-Pérez

Doctora en Ciencias Políticas y Sociología con especialidad en Antropología Social por la Universidad Complutense de Madrid, España, desde 1998. Profesora titular de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos, de Madrid, desde 2003, donde cuenta con dos tramos de investigación o sexenios. Su actividad investigadora se articula en dos líneas de trabajo: articulación de promoción de la salud y educación superior y metodología de la investigación social. Investigadora y Docente de Antropología y Sociología médica y Coordinadora de Vinculación con la Comunidad en la Escuela de Medicina de la Universidad de las Américas, Quito, Ecuador entre 2014-19. En la actualidad investiga sobre violencia sistémica contra mujeres, niños, niñas y adolescentes en sus diferentes manifestaciones: explotación sexual, mutilación genital femenina, violencia económica y patrimonial, violencia política. Es voluntaria en Organizaciones no gubernamentales como Médicos del mundo y Todos los niños robados son también mis niños.

Cassius Guimrães Chai

Pós-doutorando em Saúde Pública - ISPUP

Pós-doutor em Direito. Doutor em Direito Constitucional - UFMG.

Doutor em Direito – Universidade do Porto.

Professor Associado da Universidade Federal do Maranhão e Professor Permanente do Programa de Mestrado e de Doutorado da Faculdade de Direito de Vitória Vice-diretor do Observatório Ibero-americano de Saúde e Cidadania

Membro da International Association of Political Science e da International Association of Constitutional Law

Coordenador (DGP/CNPq/UFMA) Cultura, Direito e Sociedade

Membro Pesquisador (DGP/CNPq/UFPB/IDPUP) Medicina Social

Claudia Araújo de Lima

Pedagoga. Especialista e Mestre em Reabilitação de Pessoas com Deficiência pela Universidade de Salamanca, Espanha. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. É pós-doutoranda em Direitos Humanos, Direitos Sociais e Direitos Difusos, pela Universidade de Salamanca, Espanha. Pesquisadora Sênior da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação – Educação Social e do Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços. Coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares – NEPI/PANTANAL, que é um observatório de fronteiras. Suas principais áreas de ensino, pesquisa e extensão estão centradas nas áreas de direitos humanos, educação social, violências baseadas no gênero, violência contra crianças e

adolescentes, gênero e sexualidade, políticas públicas, migração, tráfico de pessoas, relações étnico-raciais e saúde pública. Especializada na área de políticas públicas de enfrentamento a violência contra mulheres atua como suporte técnico em áreas específicas em estados e municípios no Brasil e em parcerias e em cooperações internacionais.

Francisco X. Aguiar Fernández

Profesor Contratado Doctor del Área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Facultad de Educación y Trabajo Social del Campus de Ourense de la Universidad de Vigo. Es especialista en temas de trabajo social comunitario, sostenibilidad, ciudadanía y salud.

Gustavo Malafaya e Sá

Jornalista, com pós-graduação em Gestão de Processos Comunicacionais pela Escola de Comunicação e Artes (ECA), da Universidade de São Paulo (USP) e Mestre em Comunicação Social pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP). Atualmente, cursa os doutoramentos de Sociologia, na FLUP, e de Saúde Pública, na Faculdade de Medicina, ambos na Universidade do Porto. Atua como professor conferencista na Escola de Comunicação e Artes (ECA/USP) e como Investigador no Grupo de Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Possui publicações e participações em Seminários, Simpósios e Congressos nacionais e internacionais nas áreas de Ciências Sociais, Comunicação e Saúde.

Juliana Guimarães e Silva

Sanitarista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ, sub-área Violência e Saúde. Estágio Pós-Doutoral em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, ISPUP/UP. As suas principais áreas de pesquisa estão centradas nas fronteiras entre Ciências Sociais e Saúde e voltadas aos estudos de gênero, estudos decoloniais, migrações, saúde, violência de gênero, violência e juventude, interseccionalidade, políticas públicas e desigualdades sociais. Revisora da Revista da Ciência & Saúde Coletiva (FIOCRUZ), Revista Brasileira de Segurança Pública (FBSP), Revista da Escola de Enfermagem (USP).

Ligia Moreira de Almeida

Psicóloga Clínica e da Saúde, com licenciatura e mestrado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Doutorada em Saúde Pública desde 2014 pelo Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde desenvolveu a tese na área dos Determinantes Sociais de Saúde. Pós-graduada em Gestão de Pessoas e Recursos Humanos. Investigadora no Instituto de Desenvolvimento Humano da Universidade Portucalense, tem atuado profissionalmente em áreas distintas, sempre movida pelas relações, pelas pessoas, pela humanização, pela saúde plena - dos indivíduos e das organizações -, pelos direitos humanos e pela inovação social. As suas áreas de interesse englobam os determinantes sociais de saúde, populações vulneráveis, saúde materno-infantil, migração, psicologia da saúde, saúde e bem-estar ocupacional.

Lúcia Ramos da Costa

Licenciada (2018) e Mestre (2020) em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, com a dissertação “As determinantes sociais dos comportamentos de adesão à terapêutica medicamentosa - o caso da comunidade académica da FLUP e do ICBAS”. Ingressou no ISPUP em 2020 como bolsista de investigação no projeto "Impacto do SARS-CoV-2 nos determinantes sociais da Violência de Género: Propostas de Ação e Intervenção". Esta participação no projeto foi ao encontro dos seus principais interesses de investigação, nomeadamente a área da saúde; análise estatística; desenvolvimento e gestão organizacional; intervenção social, políticas e projetos sociais. Responsável, empenhada e eficaz. Tem participado e colaborado recorrentemente em diferentes iniciativas de cariz voluntário e social. Atualmente, ocupa o cargo de Junior Talent Sourcing Specialist na Zühlke Group em Portugal.

Maje Girona Magraner

Enfermera y Antropóloga. Experta en Género y Doctora en Antropología de la Salud. Desde 2010 trabajando en el sector de las ONG's con proyectos y programas género, salud y acción humanitaria en Cruz Roja, Alianza por la Solidaridad, Medicus Mundi, Federación Mujeres Jóvenes y Médicos del Mundo. También es profesora asociada en la Universidad Complutense de Madrid.

En el marco de estudios y consultorías ha realizado estancias de investigación en Berkeley (EEUU); Guatemala, El Salvador, Sáhara y Senegal. Realizadas formaciones en universidades españolas. Cabe destacar la realización de numerosos materiales, como la guía para voluntariado de ayuda humanitaria en la implementación de la perspectiva de género desde el enfoque de derechos humanos. Así como una guía de incorporación de enfoque antropológico, entre otras.

Ha participado como experta en espacios nacionales e internacionales, como la conferencia parlamentaria sobre derechos sexuales y reproductivos, representando a Plataforma CEDAW; participando en la Regional Youth Exchange Programme on Gender Equality, Egypt; En Global Civil Society Dialogue; en el Security Council High-Level Review of Women, Peace and Security y 4th Annual Menstrual Hygiene Management in wash schools, estas tres últimas en New York.

Marcelo Brigagão de Oliveira

Advogado. Bacharel em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais PUC/Poços de Caldas. Mestrando em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba UFPB. Investigador integrado do Grupo de Pesquisa em Medicina Social: Direito, Saúde e Cidadania da UFPB/CNPq

Rosana Martínez Román

Doctora en Ciencias de la Educación y del Comportamiento por la Universidad de Vigo (Galicia, España). Especialista en temas de Sexualidad, violencia de género, violencias sexuales offline y online.

Sofia Neves

Doutorada em Psicologia Social pelo Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Professora Auxiliar na Universidade da Maia e Investigadora Integrada do Centro Interdisciplinar de Estudos de Género do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, onde desenvolve pesquisa sobre Migrações, Estudos de Género, Violência de Género, Conciliação Trabalho-Família. É formadora e autora de diversas comunicações em congressos e de publicações, nacionais e internacionais, nestas áreas. Coordena, atualmente, o projeto “Estudo sobre as perceções do impacto económico da partilha desigual do trabalho não pago nas vidas de mulheres e homens imigrantes em Portugal”, financiado pelo EEA Grants. É especialista reconhecida pela Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses.