

Violência e Gênero: Vítimas Demarcadas*

CYNTHIA ANDERSEN SARTI■
ROSANA MACHIN BARBOSA♦
MARCELO MENDES SUAREZ●

RESUMO

Este artigo pretende levantar questões sobre o atendimento à violência na área da saúde, particularmente à “violência sexual”, com base em dados de uma pesquisa etnográfica em andamento num hospital municipal de emergências na cidade de São Paulo. Busca-se discutir esse atendimento como uma construção que responde a formulações sociais sobre o que são violência e sexualidade, que transcendem o campo da saúde e que têm impacto decisivo sobre suas ações. Atentaremos para as formas como se identificam as figuras de vítima e de agressor, que dão ao fenômeno uma configuração própria, delimitando a violência e a forma específica de atenção que a ela corresponde.

Palavras-chave: Violência e saúde; violência sexual; masculinidade; gênero.

Recebido em: 28/08/2006.

Aprovado em: 23/10/2006.

Apresentação

Diante da alta incidência de violência em escala mundial e de seu impacto na vida de pessoas e coletividades, há um amplo reconhecimento de que se trata de um problema de saúde (MINAYO, 1994). A violência é hoje considerada prioridade de saúde pública.¹ Estudos demonstraram que, ao lado do maior controle médico das doenças infecto-contagiosas, o aumento das mortes e lesões causadas por violência mudou o perfil da mortalidade e da morbidade nas últimas décadas no Brasil e no mundo (BRASIL, 2005). No país, as mortes provocadas por violência ou por acidentes - genericamente caracterizadas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como mortes por “causas externas” - ocupam o segundo lugar no perfil de mortalidade entre os brasileiros, sendo a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 5 a 49 anos. As taxas de mortes por “causas externas” tiveram forte incremento na década de 1980 e permaneceram elevadas, embora estáveis, nos anos 1990.²

Os dados epidemiológicos dimensionaram um fenômeno cuja visibilidade - e conseqüente transformação em problema social - ocorreu no âmbito das lutas sociais pelos direitos de cidadania. Traduzidas em movimentos sociais, essas lutas evidenciaram a violência, em particular aquela exercida contra a mulher e a criança. A partir dos anos 80, um ativo movimento feminista e as lutas em defesa dos direitos de crianças e adolescentes - que culminaram com significativas alterações no que se refere ao estatuto legal da mulher na família e na sociedade, ampliando seus direitos civis e sociais na Constituição de 1988 e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 - foram forças decisivas no sentido não apenas de dar visibilidade à violência, mas impulsionar ações preventivas e mostrar suas conexões com a questão da saúde (MINAYO, 1994; OLIVEIRA, 2000).³

Pela forte presença do movimento feminista nesse cenário político, a perspectiva de gênero marcou significativamente a atenção à violência na área da saúde, que se delineou e se efetivou dentro do campo dos direitos sexuais e reprodutivos, como demonstra uma ampla produção bibliográfica (GIFFIN, 1994; SCHRAIBER, D’OLIVEIRA, 1999; SUAREZ, MACHADO, BANDEIRA, 1999; OLIVEIRA, 2000; ÁVILA, 2003). Desse panorama resultaram ações focalizadas de atendimento à violência na área da saúde, cuja estruturação e implantação responderam a demandas políticas de grupos específicos, a partir das quais se configurou uma atenção voltada para esses grupos, particularmente mulheres e também crianças.⁴

O desenho recente da violência urbana, no qual aparecem como principais vítimas de homicídios os jovens do sexo masculino, trouxe novas questões para as formulações sobre gênero.⁵ Pesquisas na área da saúde reafirmam a incidência de homicídios entre jovens do sexo masculino, mostrando que os homens são, no Brasil, as maiores vítimas da violência (SOUZA, 2005).⁶

Esses estudos contribuem para evidenciar a importância de se pensar a figura da vítima, assim como a do agressor, como construções simbólicas, sobretudo diante da associação naturalizada entre violência e masculinidade tão presente no imaginário social, que identifica o homem com o agressor, ao fazer da violência um atributo da masculinidade (SUÁREZ, BANDEIRA, 1999; MACHADO, 2004; CECCHETTO, 2004; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005; BRAZ, 2005).

Nos casos de violência, um fenômeno relacional, estão em jogo sujeitos culturais em distintos lugares - a vítima, o agressor e, no caso da saúde, os profissionais envolvidos - a partir dos quais se nomeiam a violência e o atendimento que a ela corresponde. Reafirma-se, assim, a importância de analisar como se define a relação entre a vítima e o agressor, quem são os atores sociais envolvidos e suas representações sobre a violência, para entender o contexto no qual a violência é nomeada como tal. Nessa perspectiva, não se pode definir a violência como uma categoria *a priori*, mas configurada segundo as regras do espaço social no qual se manifesta.

Este artigo pretende levantar questões sobre o atendimento à violência na área da saúde, particularmente à “violência sexual”, com base em dados de uma pesquisa etnográfica em andamento num hospital municipal de emergências na cidade de São Paulo.⁷ Busca-se discutir esse atendimento como uma construção que responde a formulações sociais sobre o que é violência e sexualidade, que transcendem o campo da saúde e que têm impacto decisivo sobre suas ações. Atentaremos para as formas como se identificam as figuras de vítima e de agressor, que dão ao fenômeno uma configuração própria, delimitando a violência e a forma específica de atenção que a ela corresponde.

A vítima invisível: descrição de um caso

Um homem, descrito como jovem e branco, apresentou-se ao hospital, dizendo-se vítima de violência sexual. A funcionária da recepção, encarregada do registro dos pacientes, dispensou-o, alegando que o serviço de atendimento

a casos de violência sexual era voltado apenas às mulheres.⁸ Ciente do fato, a assistente social do hospital buscou localizar o jovem, por meio das informações registradas na recepção. Ao encontrá-lo, solicitou que retornasse para atendimento. Chegando ao hospital, o jovem foi atendido por médicos e pelo serviço social.

O problema que esse caso suscitou no hospital diz respeito à dificuldade de se identificar um homem como vítima de violência sexual e não como agressor. Sua demanda de atenção surpreendeu os profissionais e funcionários e, diante da perplexidade causada, insinuou-se uma inadequação da organização do serviço de atendimento à violência sexual. Quem poderia atendê-lo? Qual especialidade médica atenderia o jovem, já que o serviço de atenção às vítimas de violência sexual existente na instituição é formado por uma equipe médica composta por ginecologistas e obstetras?

Como observa a assistente social: “Eu não sabia quem chamar... Pedi para o cirurgião vascular atender, ele é uma pessoa legal, que colabora”. A ocorrência inusitada requeria mais do que um especialista, mas alguém “legal”, que “colaborasse”, uma vez que o serviço não previa, nem estava estruturado para esse atendimento.

Mas, quanto ao atendimento, independente de pedir, você trata o que for o paciente que entra daquela porta pra dentro [...]. Você tem que atender quem deita ali como se fosse o seu parente. Apesar de ter me pedido, eu jamais deixo de atender pedido de colega profissional de qualquer especialidade aqui dentro, não só médica, qualquer colega profissional. Ela me pediu e a gente atendeu (cirurgião vascular).

O fato, tal como descrito para a assistente social, segundo seu próprio relato, ocorreu quando o jovem havia saído do trabalho e fora a um caixa eletrônico sacar dinheiro. Saindo do local, foi assaltado por dois homens, que o levaram para um terreno próximo, onde foi abusado sexualmente com introdução de um objeto no ânus, um caso de “empalamento”.

Ele sentia muita dor. Ele me disse que doía [...] estava sangrando. Tinha a preocupação de internamente ter um ferimento maior, então ele procurou por esse motivo (assistente social).

O médico, cirurgião vascular, ao ser entrevistado sobre o atendimento a esse caso, menciona:

Ele tinha um discreto sangramento. Acabamos atendendo com a colega, que é proctologista. Ela acabou examinando ele. Aqui o plantão é de cirurgia geral e vascular e, como eu atendi o pedido da assistente social, acabamos pedindo uma avaliação aqui na sala de sutura mesmo [...], para ver se tinha lesão. E ele ficou internado.

Durante a entrevista com o cirurgião vascular, ao perguntarmos sobre esse atendimento, ouvimos:

Porque *a priori* ninguém sabia que ele era homossexual. Parece que ele tinha problemas com o pai, com um parente [...] e também a pessoa não fala, você começa a questionar e ela fica meio inibida [...].

Na condução da entrevista parecia que não falávamos do mesmo caso relatado pela assistente social, tal era a disparidade de informações. Tínhamos, até o momento, a informação de que ele havia sido assaltado, violentado e ferido, razão que o levou ao hospital em busca de atendimento. Foi relatado ainda pela assistente social, que depois de receber alta, ele retornou ao hospital para consulta, acompanhado da namorada.

O cirurgião vascular, por sua vez, quando questionado a respeito da origem da informação sobre a homossexualidade do jovem, observou:

Ele falou que foi assaltado [...] eu me lembro agora. Ele foi assaltado [...] agora de onde veio a palavra homossexual eu não [...] depois, caracterizando melhor a internação dele lá, não me lembro quem foi que realmente perguntou e constatou um probleminha com o pai, alguma coisa assim. Não me recordo direito.

A médica proctologista atendeu o jovem, quando ele já estava internado. Segundo sua versão:

Então, ele [o cirurgião vascular] foi pedir para mim, para avaliar um paciente [...]. E o paciente estava internado na observação de emergência com essa história de que tinha sofrido uma agressão sexual. [...] Aí, no caso, eu lembro que a primeira coisa que a gente fez foi pedir para ele contar o que tinha acontecido, como tinha sido, enfim, se havia tido penetração [...]. Aí ele referia que sim, que tinha sido contra a vontade, um estupro [...]. Aí, nós fomos para o exame físico pra ver se tinha algum trauma [...] algum sinal de afecção. Fiz o toque retal. No exame proctológico, enfim, sem lesões. [...]

Então, ele estava internado, não lembro bem, mas acho que há um dia. Tinha sido recente. E ele tinha sido internado porque ele se queixava de sangramento, eu não me lembro muito bem. [...] Então a gente fez esse exame físico e aí, ele [o cirurgião vascular] fez as sorologias para avaliar a contaminação, HIV etc. Porque ele contava que esse contato tinha sido sem preservativo. Aí ele chamou o infecto e eles fizeram tudo. A coleta [...].

A proctologista menciona, então, o que teria chamado sua atenção no caso:

O que me chamou a atenção é que a gente fez o exame físico e não tinha nenhum sinal de agressão [...]. Sinal externo. Nem no toque nem nada. E ele referia assim [...]. Aí eu comentei com ele [o cirurgião vascular]. Então começamos um pouco a questionar até que ponto tinha sido ou não. Porque é difícil, né, você ter uma agressão sem ter pelo menos uma região, pelo menos alguma fissura, algum sinal de um intercurso sem permissão.

[...] A única coisa que me chamou atenção foi [...] a história. Porque assim no começo eu olhei tudo. Mas depois que eu vi que não tinha nada assim [...] no meu pensamento íntimo, sentimento, assim [...] que ele seria um homossexual, pelo jeito mesmo dele.

A construção da vítima e do agressor

Os relatos acima nada nos permitem afirmar, com segurança, sobre a sexualidade do jovem atendido. Tampouco esta é a questão que buscamos ressaltar. Interessa-nos o que a reação ao caso de um homem que se diz vítima de violência sexual e busca atendimento em saúde num hospital pode nos indicar sobre o atendimento à violência em saúde, tema da presente pesquisa. Buscamos, metodologicamente, a partir da perplexidade causada por um caso excepcional, que fugia à “normalidade” do atendimento à violência, entender as regras que presidem essa forma de atenção.⁹

As informações são desencontradas, dando ao episódio uma aura de nebulosidade. A assistente social fala de um corpo ferido, com base no relato do próprio jovem, enquanto o médico vascular menciona um “discreto sangramento” e a médica proctologista, diante da constatação da ausência de lesões no exame físico, supõe não ter havido agressão. Depois de ser dispensado e localizado novamente, o jovem foi atendido e, posteriormente internado,

momento em que é examinado. Não se sabe exatamente a distância temporal entre a ocorrência da violência e o exame físico, nem sequer o que aconteceu nesse intervalo. Os prontuários haviam se perdido e não puderam ser localizados, apesar de nossa busca.

O atendimento a este caso indica que os atos de violência pressupõem determinados atributos identificados na vítima. Havíamos observado, com base nos dados desta pesquisa, que a violência se delimita pela identificação de uma fragilidade na figura da vítima, tornando-a “passível de sofrer o ato violento, por corresponder a um lugar definido de antemão como lugar de vulnerabilidade” (SARTI, 2005). Assim, são as mulheres, as crianças e os idosos, nos quais se identifica essa característica, que ocupam lugar de “vítimas de violência”. Estudos anteriores, como o de Suárez *et al.* (1995), sobre o imaginário popular relativo a crimes sexuais, mostraram igualmente que a vulnerabilidade aparece como um atributo da vítima de violência sexual. Nessa perspectiva, o homem é visto como o agressor, e não como objeto de violência. Não é o ato em si que configura a violência, mas a definição prévia de quem é a vítima. Um mesmo ato pode ser considerado violência ou não, conforme a representação que se tem da vítima.¹⁰ A organização do serviço de atendimento segue, então, essa concepção de violência. Mulheres, crianças ou idosos são reconhecidos como vítimas de violência e podem ser tratados como tais, enquanto a perplexidade caracteriza a reação à presença masculina como vítima de violência. Esta aparece como algo fora de lugar, que só pode ter acontecido com alguém que não é reconhecido como “homem” - ou seja, um homossexual.

A leitura dos médicos entrevistados sobre o que são “casos de violência” não se confunde com aqueles classificados como “agressões” na área da saúde em geral.¹¹ No discurso médico, violência remete, sobretudo, à violência doméstica e familiar, que ocorre precisamente no âmbito privado das relações sociais. Portanto, vítimas de ferimentos por armas de fogo ou armas brancas que chegam à emergência não se enquadram na categoria de vítimas de violência. Ainda que se reconheça um aumento da incidência dessas formas de agressão, estas não são necessariamente problematizadas na acepção de violência, tanto por configurarem ocorrências identificadas com a própria razão de ser da emergência, desde sempre, tendo, portanto, um sentido de problema social estrutural, como porque as vítimas - em sua maioria, homens e jovens - não são representadas como tais (SARTI, 2005). A violência que requer uma atenção especial diz respeito àquela que se manifesta no mundo privado das relações familiares e domésticas.

A visibilidade do fenômeno da violência é, assim, recortada por gênero, correspondendo às identidades sociais de homens e mulheres construídas em relações sociais. Homens adultos sofrem violência física, particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em conflitos domésticos. A expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de agressor e vítima.

A identificação prévia de quem pode ser vítima de violência por uma vulnerabilidade suposta corresponde à própria entrada da temática da violência na área da saúde, a partir dos movimentos sociais que trouxeram visibilidade à questão da violência nesse campo, contribuindo decisivamente para a criação de políticas públicas voltadas para mulheres e crianças. A ação dos movimentos sociais que “politizaram o privado” foi decisiva no sentido de quebrar a naturalização da hierarquia de gênero e de idade, que marca a família nos moldes patriarcais, instituindo no âmbito do mundo privado a noção de direitos de cidadania, própria do mundo público.

Apesar dos dados epidemiológicos evidenciarem os danos causados pela violência aos homens, sobretudo jovens, a definição prévia de quem se reconhece (e é reconhecido) como vítima de violência é uma questão de ordem política e expressa a força de determinados grupos sociais de se fazerem ouvir como tais. Como produto da ampla luta política do feminismo pelo reconhecimento da violência da qual são objeto, as mulheres são reconhecidas socialmente como vítimas de violência, na perspectiva de que essa violência decorre da construção social dos lugares de homem e mulher. Como já foi argumentado, as reivindicações feministas tiveram forte impacto na área da saúde.

No âmbito das políticas públicas, voltadas à saúde reprodutiva e sexual, numa perspectiva de gênero, a mulher tem sido o foco das ações (referidas a cesariana, aborto, morte materna, câncer de colo uterino, de mama etc.). A partir dos anos 1990, pode-se afirmar ter havido um reconhecimento da necessidade de incorporação dos homens na área de saúde reprodutiva e sexual, particularmente, em razão das necessidades surgidas com a epidemia HIV/Aids, devido ao aumento dos casos de transmissão por via heterossexual (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005).

Na área da saúde, o tema da violência é atravessado pela visão epidemiológica, que privilegia a incidência do fenômeno. É evidente a maior

incidência de violência sexual contra a mulher (WHO, 2002). Entretanto, na própria incidência do fenômeno está também implicado o maior reconhecimento social da mulher como vítima da violência. O que pretendemos ressaltar é que a incidência epidemiológica responde a uma lógica classificatória dos fenômenos do corpo, da saúde e da doença, recortada por uma concepção de gênero, que, ao mesmo tempo em que permitiu visibilizar a violência como questão de gênero, contribuiu para esconder manifestações que não fossem identificadas com essa lógica de construção da violência.

A identificação feminista do homem como agressor resultou, paradoxalmente, numa naturalização dos lugares de homem e mulher (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005). Perdeu-se a dimensão relacional tanto da categoria gênero, pela ênfase na vitimização feminina (GREGORI, 1993), quanto do próprio fenômeno da violência, pela cristalização dos lugares de vítima e agressor. Badinter (2005, p. 71), ao se referir à vitimização da mulher pelo feminismo, abre seu texto com a afirmação de que “toda militância esbarra numa dificuldade: levar em conta a diversidade da realidade” e argumenta que, em nome da assimetria estatística, essencializa-se a violência como atributo da masculinidade.

O homem violentado: homem?

Segundo o documento da Organização Mundial da Saúde sobre violência em saúde, define-se violência sexual como:

Todo ato sexual, tentativa de se consumir um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais dirigidos a alguém contra sua vontade, ou as ações para comercializar ou utilizar de outro modo qualquer a sexualidade *de uma pessoa mediante coerção, por qualquer pessoa* independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer âmbito, incluindo, mas não limitando-se ao lar e ao ambiente de trabalho¹² (WHO, 2002, p. 149 - grifos e tradução nossos).

A definição da Organização Mundial da Saúde é bastante ampla, não identificando previamente vítima e agressor. O pressuposto é que qualquer corpo humano é passível de ser violentado, seja ele masculino ou feminino. Apesar de reconhecer que a violência possa ser dirigida tanto a homens como a mulheres, o capítulo do documento da OMS referente à violência sexual focaliza a violência contra as mulheres, reservando à violência contra “homens e meninos” o espaço

secundário de quadros dentro do texto, tendo mais uma vez como pressuposto a maior incidência estatística.

O referido documento define a violência a partir do caráter coercitivo do ato. Entretanto, deixa em aberto a questão de quem define o que constitui a coerção, ao contrário do protocolo do Ministério da Saúde para atendimento à violência sexual contra a mulher, segundo o qual a fala desta é a que deve ser considerada (BRASIL, 1999), como apontam Oliveira *et al.* (2005).

A reação que provocou o caso mencionado mostrou seu não-reconhecimento como violência sexual, pelos profissionais médicos, apesar do relato de um homem que se disse violentado. Evidenciou, por outro lado, a identificação do homem vítima de violência sexual com uma predisposição homossexual.

A problematização de violência e gênero ampliou a perspectiva dos estudos, que passaram também a ouvir os agressores (MACHADO, 2004; SEGATTO, 1999), mostrando que os homens, em seu lugar de agressor, são parte (neste sentido, igualmente vítimas) de uma configuração social das relações de gênero que os enreda em relações violentas. Torna-os agressores e agentes da violência, forçando-os a provas de masculinidade. Essa construção social acabou por naturalizar-se em muitas análises sobre a violência contra as mulheres, diante de relações de poder essencializadas como domínio masculino, tornando logicamente inconcebível, ou dificilmente assimilável, a idéia do homem como vítima de um ato violento ou ocupando um lugar submetido numa relação violenta.

Entre os suportes que sustentam simbolicamente a identificação entre violência e masculinidade já referida (MACHADO, 2004; CECHETTO, 2004; SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005) e que aparecem no discurso dos profissionais da saúde entrevistados, o mais evidente é a associação da vítima de violência sexual com a homossexualidade, como já mencionado. Homossexuais do sexo masculino são (e podem ser) penetrados, portanto, violentados. O que faz um corpo masculino passível de violência sexual é a suposta homossexualidade de seu portador, mas não se reconhece o corpo masculino, de um homem heterossexual, como um corpo penetrável por um ato violento, ainda que contra sua vontade e desejo.

As questões suscitadas pela idéia do homem como vítima de violência sexual traduzem uma interdição simbólica: trata-se de algo impensável. Esse tabu se refere à impossibilidade, ou, no mínimo, dificuldade, de se pensar o

homem como alguém que é acometido sexualmente por um ato contrário à sua vontade. Recorre-se a um desejo inconsciente: ele deve ser homossexual. “*Um homem, que é homem, resiste*”, como foi dito. O impensável é que o homem seja submetido, vítima de um ato contrário à sua vontade. É necessário recorrer a um suposto desejo inconsciente de ser penetrado, homossexual, para justificar a ocorrência da violação, quando se trata de um homem. Ele não queria, mas desejava, recorrendo à diferenciação entre querer e desejar, como a formulou Forbes (2003).

Afirma-se, assim, um lugar de controle absoluto próprio da masculinidade. Em contrapartida, em muitos casos de estupro feminino, atribui-se à mulher uma suposta provocação, por sedução, um lugar ativo admitido a uma mulher nesse imaginário. Considerar que um homem estuprado é, no fundo, um homossexual, é o mesmo que dizer que uma mulher estuprada, no fundo, provocou o ato. A ambos é negada a violência do ato do qual foram vítimas.

Uma criança do sexo masculino é reconhecida como vítima de violência sexual, porque ela ainda não é um “homem”, seu lugar é o da criança, portanto reconhecida como vulnerável, o que nos remete à formulação de Braz (2005) sobre a construção social da masculinidade que se faz com base na contraposição a ser mulher, ser homossexual e ser criança.

A violência, em particular a sexual, evidencia a vulnerabilidade humana diante do outro, a que homens e mulheres estão expostos. Nessa configuração de gênero, que identifica na masculinidade um lugar absoluto, consubstanciado em poder e controle, não há espaço para o reconhecimento, no homem, da vulnerabilidade presente no humano.

Considerações finais

Como, então, acolher um homem vítima de violência sexual? Como reconhecer e tornar simbolicamente assimilável um fenômeno que não tem lugar de visibilidade, quando há indícios de sua existência?

[...] como ficaria a gente dar esse atendimento para as mulheres e como ficaria essa atenção em relação aos homens? Deve acontecer muito, que não chega aqui, de forma não velada. Ele chega, mas a gente acaba não atendendo; enfim, ele acaba não tendo esse atendimento [...]. O que me levou a uma reflexão maior ainda foi ter, de fato, um atendimento específico para essas questões. Porque

temos que pensar também as lesões que esse homem tem pra ter chegado, procurado o serviço. Como ele está? Para depois tratar [...]. Porque imagina ele chega no primeiro serviço, onde ele ouve que aqui é uma referência da violência. Chega aqui e tem a informação: não, mas aqui é só violência contra as mulheres. Ele vai embora e [...]. Então eu acho que isso é uma coisa muito séria, a gente tem que pensar nisso e fazer alguma coisa (assistente social).

Não é de se estranhar que a tarefa seja tão difícil nesse panorama em que o imaginário social sobre a sexualidade faz do homem um ser inviolável. E o faz de forma tão radical, a ponto de pôr em dúvida sua masculinidade, pela exigência de que esta seja construída na medida da afirmação de sua não-homossexualidade (BRAZ, 2005). Por que a experiência de um ato violento poria em dúvida ou mudaria, a partir daí, a orientação sexual de um homem (“*Se ele não era homossexual, pode virar*”, outra fala insinuada no hospital)? Onde está o problema? Por que esse ato não pode ser reconhecido como algo que ele não quis, nem desejou para si - enfim, como um ato de violência? A consequência política é a negação da própria violência.

A discussão sobre o reconhecimento de que qualquer corpo humano, independentemente do sexo ou da orientação sexual de seu portador, pode ser objeto de atos violentos, reveste-se de importância especial diante da questão do direito universal à atenção em saúde, base do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteia a política pública de saúde no país. Remete a problemas éticos (BRAZ, 2005) do atendimento à saúde focalizado em determinados grupos sociais, apontando para dificuldades a serem pensadas, na busca de se equacionar o princípio da universalidade e da equidade, ambos preconizados pelo SUS.

Referências

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, p. 465-469, 2003.

BADINTER, E. *Rumo equivocado*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília. Ministério da Saúde, 1999.

_____. *O impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

CECCHETTO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

COUTO, M., SCHRAIBER, L. B. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR., C.E.A. (Org.). *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DURKHEIM, E. *As regras do método sociológico*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

FORBES, J. *Você quer o que deseja?* São Paulo: Best Seller, 2003.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1994.

GREGORI, M. F. As desventuras do vitimismo. *Estudos Feministas*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 143-150, 1993.

GUERRERO, R. La violencia desde la perspectiva de la salud pública. In: BRICEÑO-LEON, R., (Org.). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 147-56, 2000.

KRUG, E.G. et al. (Eds). Sexual Violence. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002.

MACHADO, L. Z. Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea. In: SCHPUN, M. R. (Org). *As várias dimensões do masculino: traçando itinerários possíveis*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 10, p. 7-18, 1994.

PIMENTEL, S., SCHRITZMEYER, A. L., PANDJIARJIAN, V. *Estupro: crime ou "cortesia"?* Abordagem sócio-jurídica de gênero. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.

OLIVEIRA, E. M. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, v. 13 (nº. especial), p. 171-80, 2000.

OLIVEIRA, E. M., BARBOSA, R. M. et al. Atendimento às vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.

SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.

SCHRAIBER, L.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 3, n. 5, 1999.

SEGATTO, R. A estrutura de gênero e a injunção do estupro. In: SUAREZ, M., BANDEIRA, L. (Org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora UnB, 1999.

SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo In: NOVAES, R., VANNUCCHI, P. (Orgs.). *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 130-159.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SUÁREZ, M.; SILVA, A. P. et al. *Reflexões sobre a noção de crime sexual*. Brasília: UnB, 1995 (Série Antropológica, 178).

SUÁREZ, M.; BANDEIRA, L. (Orgs.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Editora UnB, 1999.

SUAREZ, M.; MACHADO, L. Z.; BANDEIRA, L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 277-309.

NOTAS

* Este artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “O atendimento à violência na perspectiva dos profissionais da emergência: um estudo qualitativo”, financiada pelo CNPq, em seu Edital nº 24/2004. Sua realização foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, no processo nº 1681/04.

■ Antropóloga. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Guarulhos. Endereço eletrônico: csarti@uol.com.br

♦ Socióloga. Departamento de Ciências da Saúde da UNIFESP, Campus Baixada Santista. Endereço eletrônico: rosana.machin@uol.com.br

• Aluno do Curso de Graduação em Medicina da UNIFESP, bolsista PIBIC/CNPq. Endereço eletrônico: mmsuarez@terra.com.br

¹ Segundo resoluções tanto da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de 1993, quanto da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua 49ª Assembléia, em 1996 (GUERRERO, 2000). A estreita vinculação da violência com a área da saúde foi expressa na definição de violência, segundo o documento elaborado pela OMS sobre a questão: “violência é o uso intencional de força física ou poder, consumado ou como ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que tanto cause como tenha alta probabilidade de causar lesões, mortes, danos psicológicos, transtornos de desenvolvimento ou privações” (tradução nossa). O texto original é: “*The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation*” (WHO Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva, World Health Organization, 1996, *apud* WHO 2002).

² Em 1991 foram 69,5 por 100.000 habitantes e em 2000 mantiveram-se na faixa de 69,7 por 100.000 habitantes (SIM/Datasus *apud* BRASIL, 2005).

³ Mais recentemente, o Estatuto do Idoso (2003) tematiza, de modo análogo, a violência contra o idoso, reiterando o lugar decisivo das lutas sociais de grupos específicos para dar visibilidade à violência de que são objeto.

⁴ Há distinções entre os caminhos que levaram à organização de serviços de atendimento à violência contra a mulher e aqueles contra a criança e o adolescente. Enfocaremos, para os objetivos deste artigo, as implicações do atendimento focalizado nas mulheres.

⁵ Soares (2004) chama a atenção para a relevância de se considerar, nas políticas sociais, as características das principais vítimas: jovens pobres e negros, do sexo masculino, entre 15 e 24 anos.

⁶ Em 2000, no Brasil, 84% da mortalidade por acidentes e violências ocorreram na população masculina, para a qual as taxas agregadas são de 119,0 por 100.000 habitantes, enquanto no grupo feminino são de 21,8 por 100.000 habitantes (SIM/Datasus *apud* BRASIL 2005).

⁷ Os dados aqui apresentados baseiam-se em trabalho de campo feito pelos autores no referido hospital, por meio da observação do atendimento na emergência, registrada em “diários de campo”, e de entrevistas com diretores, profissionais da saúde e funcionários do hospital.

⁸ No referido hospital foi criado, em 1989, durante a gestão da prefeita Luiza Erundina, um serviço de atendimento a casos de violência sexual, considerado referência no município.

⁹ Procedimento que se pode dizer “durkheimiano”, uma vez que, como nos ensinou o precursor das Ciências Sociais (em sua obra clássica, originalmente publicada em 1895), pela análise da sanção, do “anormal” evidencia-se a regra, o “normal” (DURKHEIM, 2003).

¹⁰ Estudos sobre o sistema judiciário mostram o quanto sua visão sobre crimes sexuais está vinculada à imagem que se faz da vítima e de seu comportamento. Neste sentido é exemplar a pesquisa ironicamente intitulada “Estupro: crime ou ‘cortesia’? Abordagem socio-jurídica de gênero”, no qual se analisa precisamente tal associação (PIMENTEL, SCHRITZMEYER, PANDJIARJIAN, 1998).

¹¹ Particularmente, os registros que seguem a CID-10.

¹² O texto original é: “*Sexual violence is defined as: any sexual act, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, or acts to traffic, or otherwise directed, against a person’s sexuality using coercion, by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work*”.

ABSTRACT

Violence and Gender: the Bounded Victim

This paper aims to raise questions on assistance to violence in the health area, especially “sexual violence”, based on data from an ethnographic research being carried out in a municipal emergency hospital in São Paulo City, Brazil. It tries to discuss such assistance as a construction which responds to social formulations on the meanings of violence and sexuality, which transcend the health area and have decisive impact on its actions. We will point out the ways victim and aggressor are identified, which gives a particular configuration to the phenomenon, thus delimiting violence and its corresponding specific type of assistance.

Key words: Violence and health; sexual violence; masculinity; gender.