

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CARACTERIZAÇÃO DE CASOS ATENDIDOS EM UM CENTRO ESTADUAL DE REFERÊNCIA*

VIOLENCE AGAINST WOMEN: CHARACTERIZATION OF CASES ASSISTED IN A STATE REFERENCE CENTER

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ESTATAL DE REFERENCIA

Aída Miranda da Costa¹, Karla de Abreu Peixoto Moreira², Ana Ciléia Pinto Teixeira Henriques³, Juliana Freitas Marques⁴, Ana Fátima Carvalho Fernandes⁵

Estudo descritivo, quantitativo, cujos objetivos foram traçar o perfil socioeconômico e tocoginecológico de mulheres vítimas de violência, identificar os principais tipos de violência e conhecer os motivos desta. Realizado em um Centro Especializado de Referência em atendimento a mulheres vítimas de violência, em Fortaleza-CE, Brasil. Foram entrevistadas 64 mulheres entre abril e maio/2009. Encontrou-se um perfil de mulheres jovens (75%), com 1 a 3 filhos (73,4%), que viviam com o companheiro (81,2%), principal agressor (81,2%), que cometeu principalmente violência psicológica (100%) na própria residência (84,3%). As lesões físicas resultaram em denúncia, na maioria dos casos (93,5%), porém poucos resultaram na realização de exames de corpo de delito (42%). Enfatiza-se o papel dos profissionais de saúde em reconhecer possíveis situações de violência e desta forma orientar e encaminhar as vítimas às unidades de referência, de modo a prevenir a ocorrência de novos casos de violência.

Descritores: Violência contra a Mulher; Saúde da Mulher; Epidemiologia.

This is a descriptive qualitative study with the objective of tracing a socioeconomic and tocogynecological profile of women victims of violence, identifying the main types of violence and knowing the reasons for this. It was carried out in a Reference Center specialized in assisting women victims of violence, in Fortaleza-CE, Brazil. 64 women were interviewed between April and May 2009. The following profile was found: young women (75%), with 1 to 3 children (73,4%), who lived with her partner (81,2%), main offender (81,2%), who committed mainly psychological violence (100%) in their own homes (84,3%). The injuries resulted in police report in most cases (93,5%), but few resulted in conducting a forensic examination (42%). It emphasizes the role of health professionals to recognize potential situations of violence and thereby to guide and direct the victims to reference units, as well as the imposition of measures to prevent occurrence of new cases of violence.

Descriptors: Violence Against Women; Women's Health; Epidemiology.

Estudio descriptivo, cuantitativo, cuyos objetivos fueron: trazar perfil socioeconómico y teco ginecológico de mujeres víctimas de violencia, identificar los principales tipos de violencia y conocer las razones de esto. Llevado a cabo en un centro especializado de referencia en asistencia a mujeres víctimas de violencia, en Fortaleza-CE, Brasil. Se entrevistaron 64 mujeres entre abril y mayo/2009. Se encontró un perfil de mujeres jóvenes (75%), con 1 a 3 niños (73,4%), que vivía con su pareja (81,2%), autor principal (81,2%), que ha cometido violencia, principalmente psicológica (100%) en sus hogares (84,3%). Las lesiones físicas resultaron en denuncia en la mayoría de los casos (93,5%), pocos tuvo como resultado la realización del examen forense (42%). Se señala el papel de profesionales de salud en reconocer situaciones potenciales de violencia y así orientar y encaminar las víctimas a las unidades de referencia, para prevenir la ocurrencia de nuevos casos de violencia.

Descriptorios: Violencia contra la Mujer; Salud de la Mujer; Epidemiología.

* Extraído da monografia: Violência contra a mulher no âmbito familiar, apresentada à Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza/FAMETRO, em 2009.

¹ Enfermeira do PSF de Jaguaruana-CE. Brasil. E-mail: aidamdacosta@hotmail.com

² Enfermeira Obstetra da Maternidade Escola Assis Chateaubriand/Universidade Federal do Ceará e Secretaria Estadual de Saúde/SESA. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Docente da Disciplina de Saúde da Mulher e do RN da FAMETRO. Brasil. E-mail: karlapeixoto@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela UFC. Bolsista FUNCAP. Brasil. E-mail: anacileiahenriques@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Docente da Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Brasil. E-mail: julianaf_marques@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC. Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

Autor correspondente: Karla de Abreu Peixoto Moreira.

Rua Manuel Jesuino 945, apt. 602, Varjota, Fortaleza-CE, Brasil. CEP: 60.175-270. E-mail: karladeabreu@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência constitui atualmente uma grande preocupação para a saúde da população brasileira, já que representa a segunda causa de mortalidade no obituário geral, primeira causa nas faixas dos 5 aos 39 anos, e provoca lesões e traumas físicos e emocionais, perfazendo um lastro de problemas, alguns diagnosticáveis, outros difusos, todos de elevada magnitude, afetando indivíduos, famílias, grupos e sociedade como um todo⁽¹⁾.

Quotidianamente, divulga-se na mídia a ocorrência de novos casos de violência, dos mais diversos tipos, em diferentes espaços e formas de agressão, muitas delas já resultantes em mortes. Cada vez mais as mulheres integram os números de vítimas de violência doméstica, cujos próprios maridos ou companheiros são os agressores.

Esse tipo de violência denominada violência de gênero, entendida como aquela em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente unidos à explicação desta violência⁽²⁾, vem tomando não apenas proporções crescentes nos casos documentados pela mídia, mas também crescente importância nas discussões de estudiosos da área e na elaboração de políticas públicas que visam promover a saúde da mulher.

Reconhece-se a relevância da questão visto sua inclusão como tópico na agenda de políticas públicas voltadas à saúde da mulher, anteriormente com enfoque voltado para as fases do ciclo gravídico-puerperal. Visualiza-se que, enquanto a mortalidade por violência afeta homens em grandes proporções, a morbidade, especialmente provocada pela violência doméstica e sexual, atinge prioritariamente a população feminina⁽³⁾, o que justifica maior atenção a este grupo.

Neste contexto, em 2006 é sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que traz imbuídos os direitos da mulher, independentemente da classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, de gozo aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, assegurados pela Constituição Federal⁽⁴⁾, o que confere à violência contra a mulher caráter de violação dos direitos humanos.

Vale destacar que a prevalência significativa da violência intrafamiliar constitui sério problema de saúde, grave obstáculo para o desenvolvimento social e econômico e flagrante violação aos direitos humanos⁽⁵⁾, sendo, portanto, de extrema relevância a atenção para o tema

como forma de avaliar a incidência de casos e a proposição de prevenção imediata.

Estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, como no Sudeste⁽⁶⁾ e Nordeste⁽⁷⁾, para a análise da incidência desta violência em realidades específicas comprovaram que esta é uma realidade tão significativa ao ponto de ser considerada de caráter endêmico, mesmo que os dados epidemiológicos divulgados não tenham demonstrado a real magnitude do problema, visto a subnotificação e subinformação dos casos⁽⁸⁻⁹⁾.

Estudos internacionais realizados com grandes amostras confirmam a dificuldade que constitui quantificar a prevalência, fatores de risco e consequências da violência contra a mulher. Estudo pioneiro na Índia que investigou a associação entre violência física e gravidez não-intencional entre 6.322 gestantes indianas casadas encontrou uma prevalência de 36% desta associação, porém esclarece que os dados podem ser subestimados, devido a dificuldade das mulheres em reportar a ocorrência da violência⁽¹⁰⁾.

A repercussão da violência na saúde das mulheres reflete na deficiência nas ações de prevenção de riscos à saúde reprodutiva, constituindo-se um fator obstaculizador do planejamento familiar, da proteção ao HIV/Aids e da prevenção a riscos obstétricos, perdas fetais e baixo peso ao nascer⁽⁶⁾.

Diante dos fatos mencionados e da necessidade de melhor caracterizar o problema da violência contra a mulher em realidades específicas de cada serviço, surgiram diversos questionamentos: qual o perfil de mulheres que são violentadas? Quem são os agressores? Quais os motivos acarretam a violência doméstica? Por que essas mulheres não denunciam o agressor?

Essas questões podem caracterizar em cada população específica o modo de atuação preventiva, com vistas a evitar que novos casos de violência aconteçam ou mesmo que continuem sendo perpetrados em um círculo vicioso de impunidade e injustiça contra as mulheres.

Neste sentido, este estudo buscou responder aos questionamentos surgidos durante visita a um Centro de Referência e Apoio à Mulher que atende vítimas de violência provenientes de diferentes localidades do Estado do Ceará, cujos objetivos foram traçar o perfil socioeconômico e tocoginecológico de mulheres vítimas de violência, identificar os principais tipos de violência e conhecer os motivos desta.

MÉTODOS

A pesquisa constou de estudo descritivo-analítico, de natureza mista com predominância quantitativa das variáveis sobre a violência contra a mulher. Em pesquisas quantitativas, o pesquisador se ocupa da medição objetiva e quantificação dos resultados. Esse tipo de pesquisa busca incessantemente pela exatidão, aferição e perfeição, procurando impedir distorções nas análises e na interpretação dos dados, o que de certa forma visa assegurar as conclusões obtidas diante dos estudos⁽¹¹⁾.

O cenário do estudo foi um Centro Estadual de Referência e Apoio à Mulher (CERAM), localizado em Fortaleza-CE, que oferecia atendimento integral e humanizado à mulher vítima de violência, constituindo um espaço de acolhimento e atendimento em saúde, psicologia, orientação e encaminhamento jurídico a mulheres.

Participaram do estudo 64 mulheres, selecionadas por amostragem aleatória, após esclarecimento quanto aos propósitos do estudo e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para o cálculo desta amostra, foram utilizados dados estatísticos do CERAM, referentes ao primeiro semestre de 2008, período em que foram atendidas aproximadamente 72 mulheres ao mês, em média de quatro atendimentos/dia.

O estudo foi realizado entre abril e maio de 2009, por meio da aplicação de um formulário de entrevista estruturado baseado no prontuário de atendimento do próprio serviço, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, da Universidade Federal do Ceará, sob parecer N° 03/09 e pelo Núcleo de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde (NUCIT) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), além de autorização da instituição mediante entrega de carta e cópia do projeto.

O formulário foi dividido em três segmentos: características socioeconômicas; características tocoginecológicas e características da violência cometida contra a mulher, para melhor visualização e análise dos dados coletados.

Para o processamento e a análise dos dados recolhidos, foi utilizada a tabulação através do programa *Microsoft Office Excel 2003* que permitiu o estudo das variáveis pela análise estatística descritiva com medidas de frequências absolutas simples e relativas.

RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados em quatro tabelas de acordo com a divisão previamente realizada na composição do formulário utilizado para coleta, constando na Tabela 1 os dados referentes às características sociodemográficas das 64 mulheres vítimas de violência entrevistadas no estudo.

Tabela 1 — Distribuição das características socioeconômicas de mulheres vítimas de violência, atendidas em um Centro de Referência. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

| Variáveis Socioeconômicas | Nº | Total (%) |
|---------------------------------------|----|-----------|
| Idade | | |
| 15 a 19 anos | 3 | 4,7 |
| 20 a 39 anos | 45 | 70,3 |
| >40 anos | 16 | 25 |
| Estado Civil | | |
| Solteira | 21 | 32,8 |
| União Estável/Casada | 31 | 48,4 |
| Separada/Viúva | 12 | 18,8 |
| Escolaridade | | |
| Até 8 anos de estudo | 40 | 62,4 |
| 9 a 12 anos de estudo | 19 | 29,7 |
| > 12 anos de estudo | 5 | 7,9 |
| Renda familiar | | |
| Sem renda | 14 | 21,9 |
| De 1 a 3 salários* | 37 | 57,8 |
| Superior a 3 salários* | 7 | 10,9 |
| Benefício do Governo | 6 | 9,4 |
| Condições de moradia | | |
| Própria | 32 | 50 |
| Alugada | 21 | 32,8 |
| Mora com outros | 11 | 17,2 |
| Número de pessoas que residem na casa | | |
| 1 a 3 | 22 | 34,4 |
| 4 a 7 | 34 | 53,1 |
| > 7 | 8 | 12,5 |

* Salário mínimo de R\$ 465,00

No segundo segmento, abordaram-se as características tocoginecológicas das mulheres vítimas de violência, compondo os dados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 — Distribuição das características tocoginecológicas das mulheres vítimas de violência, atendidas em um Centro de Referência. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

| Variáveis Tocoginecológicas | Nº | Total (%) |
|--|----|-----------|
| Número de gestações | | |
| 0 a 3 | 47 | 73,4 |
| 4 a 7 | 14 | 21,9 |
| > 7 | 3 | 4,7 |
| Número de partos | | |
| 0 a 3 | 36 | 56,2 |
| 4 a 6 | 26 | 40,6 |
| >7 | 2 | 3,2 |
| Número de abortos | | |
| Nenhum | 45 | 70,3 |
| 1 | 13 | 20,3 |
| 2 | 6 | 9,4 |
| Número de filhos | | |
| Sem filhos | 2 | 3,2 |
| 1 a 3 filhos | 47 | 73,4 |
| > 3 filhos | 15 | 23,4 |
| Faz exames preventivos anualmente | | |
| Sim | 41 | 64 |
| Não | 23 | 36 |
| Faz uso de métodos contraceptivos | | |
| Sim | 19 | 29,7 |
| Não | 45 | 70,3 |
| Está grávida no momento da pesquisa | | |
| Sim | 2 | 3,2 |
| Não | 62 | 96,8 |
| Teve alguma infecção sexualmente transmissível | | |
| Sim | 10 | 15,6 |
| Não | 54 | 84,4 |

No terceiro segmento, foram destacadas as características da violência sofrida pela mulher, abordados nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 — Distribuição das características da violência sofrida por mulheres atendidas em um Centro de Referência. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

| Características da violência sofrida | Nº | Total (%) |
|--|----|-----------|
| Local de ocorrência da agressão | | |
| Residência | 54 | 84,3 |
| Via pública | 7 | 10,9 |
| Outros | 3 | 4,8 |
| Identificação do principal agressor | | |
| Companheiro | 52 | 81,2 |
| Ex-companheiro | 10 | 15,6 |
| Outros | 2 | 3,2 |
| Houve lesão física | | |
| Sim | 31 | 48,4 |
| Não | 33 | 36,3 |
| Registro de ocorrência policial nas mulheres que sofreram lesão física | | |
| Sim | 29 | 93,5 |
| Não | 2 | 6,5 |
| Exame de corpo de delito nas mulheres que sofreram lesão física | | |
| Sim | 13 | 42 |
| Não | 18 | 58 |
| Tempo de violência sofrida antes da denúncia | | |
| Até 10 anos | 58 | 90,6 |
| Mais de 11 anos | 6 | 9,4 |

Devido à ocorrência de respostas múltiplas a determinados questionamentos, elaborou-se a tabela 4 com dados ainda referentes às características da violência sofrida pelas mulheres que complementaram a análise para caracterização dos casos em estudo.

Tabela 4 — Distribuição do tipo de violência sofrida, fatores que desencadearam a violência e motivos que acarretaram a não denúncia ao agressor, de vítimas atendidas em um Centro de Referência. Fortaleza, CE, Brasil, 2009

| Características da violência sofrida | Nº |
|---|----|
| Tipo de violência sofrida | |
| Física e psicológica | 33 |
| Psicológica | 20 |
| Física, psicológica e sexual | 11 |
| Moral | 9 |
| Negligência | 7 |
| Fatores que desencadearam a violência | |
| Alcoolismo | 32 |
| Machismo | 25 |
| Ciúme | 24 |
| Traição | 20 |
| Ignorância | 15 |
| Drogas | 14 |
| Motivos que levaram as mulheres a não denunciar a violência | |
| Amor | 39 |
| Filhos | 27 |
| Novas chances | 21 |
| Ameaças | 20 |
| Preservação do lar | 16 |
| Condições financeiras | 4 |
| Descrença na lei | 2 |

DISCUSSÃO

Verificou-se que o perfil das mulheres pesquisadas vítimas de violência doméstica correspondeu a mulheres jovens, que viviam com o companheiro, cursaram até o Ensino Fundamental completo em sua maioria, com renda familiar de até três salários mínimos e residiam em casa própria, ocupadas por até sete pessoas.

Esses dados confirmam resultados de estudos que encontraram maiores índices de violência em mulheres de baixa escolaridade e renda, que conviviam com o parceiro, principal agressor na maioria dos casos^(7,12-13). No entanto, salienta-se que a violência conjugal, considerada uma modalidade da violência doméstica, atinge a todos de maneira indiscriminada, especialmente a violência sexual, que atinge homens e mulheres com uma prevalência global estimada em 8,6% na população urbana brasileira, porém com incidência 2,2 vezes maior nas mulheres⁽¹⁴⁾.

Quanto aos dados tocoginecológicos, observou-se predomínio de mulheres com filhos, das quais a maioria tinha entre 1 e 3 filhos (73,4%), negando a ocorrência ou realização de abortamento prévio (70,3%). Este último dado pode não ser fidedigno, visto a resistência de algumas mulheres em relatar a realização de abortamentos, muitas vezes por medo ou vergonha.

Os dados divergem dos encontrados em estudo realizado na Filadélfia com 1354 mulheres no qual se analisou a associação entre a ocorrência de violência por parceiro íntimo e aborto, paridade e uso de contraceptivos, o qual demonstrou um risco adicional de 11% para cada gravidez adicional e de 16% para cada abortamento realizado quando a mulher afirmou ter sido violentada pelo parceiro⁽¹⁵⁾.

A maioria das entrevistadas (64%) afirmou realizar exame ginecológico anualmente, o que representa um cuidado adequado à saúde sexual e reprodutiva, porém, verificou-se comportamento de risco em 45 (70,3%) mulheres devido a não utilização de métodos contraceptivos, incluindo o uso do preservativo como forma de prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Contudo, a maioria das mulheres (84,4%) relatou nunca ter contraído IST.

Estudo realizado na Filadélfia demonstrou a associação entre a violência sofrida pela mulher e a menor probabilidade de uso do método contraceptivo por estas, seja por recusa do marido em utilizar o preservativo ou pelo desejo do mesmo de ocorrência de gravidez. Porém o fato também esteve associado ao maior uso de contracepção de emergência e da realização de abortamentos devido gravidezes não-intencionais o que caracteriza um risco à saúde destas mulheres⁽¹⁵⁾.

Ao analisar os dados referentes à violência sofrida, pôde-se evidenciar que o *locus* da violência, na maioria dos casos (84,3%), foi a própria residência da mulher, cujas agressões eram perpetradas pelo companheiro que residia com esta (81,2%), tendo sido relatados como principais motivos o alcoolismo, machismo, ciúme e traição. As vítimas sofreram violência por períodos de até 10 anos até decidirem realizar a denúncia (48,4%). Os dados confirmam resultados já apresentados em diversos estudos^(7,10,16-17).

Muitas vezes a violência surge pela cobrança excessiva de responsabilidade da mulher, assumidas atualmente no mundo moderno, complementadas pelas tarefas já reconhecidas como “femininas” como o cuidado a

casa e aos filhos, além da satisfação sexual do marido. O ritmo intenso do trabalho extradomiciliar não exclui as obrigações da mulher em realizar tarefas dentro do lar. A obediência aos maridos/companheiros vai desde o cuidado pessoal até o desempenho sexual⁽¹⁸⁾.

Desse modo, parece haver um acirramento da violência de gênero em países como o Brasil, em que, historicamente, o patriarcado vem dominando e implantando uma cultura na qual prevalece um total desrespeito aos direitos das mulheres, quer seja na esfera privada, quer seja na esfera pública. Neste contexto, não se pode esquecer os determinantes históricos que se consolidam por meio das normas, valores e atitudes de cada sociedade⁽¹⁾.

A demora em denunciar o parceiro após anos de agressões também foi relatada na literatura como uma das grandes questões na perpetração da violência, perpassando o complexo dilema das mulheres entre defender-se e fazer valer sua autonomia e aceitar a situação de violência e manter os valores familiares⁽¹⁹⁾.

Como motivos relatados pela desistência em denunciar o agressor, visualizou-se ainda a predominância dos relatos de sentimentos amorosos ao parceiro e a motivação de manter o lar para os filhos, na esperança de que as agressões cessassem e a paz fosse restabelecida, justificativas também fortemente relatadas em estudo de natureza qualitativa⁽¹⁹⁾.

Além do fator financeiro, a impunidade, o medo, a dependência emocional e o constrangimento de ter a vida averiguada, são motivos que resultam na desistência da denúncia ou do seguimento da ação penal. O preconceito e o despreparo das autoridades e dos prestadores de serviço em atender à mulher violentada, também, são barreiras que dificultam o acesso destas à justiça, já que muitas vezes são tidas como causadoras da situação que gerou a violência⁽⁵⁾.

Questionadas quanto ao tipo de violência sofrida, em poucos casos, apenas um tipo de violência isolada foi relatado como forma de agressão. Isto pode ocorrer em detrimento do fato de que a violência contra a mulher é caracterizada de acordo com os danos que podem causar em seus aspectos físicos, psicológicos, da saúde sexual e reprodutiva, social e patrimonial, porém essa caracterização se torna complexa, pois, em muitos casos, essas “violências” se imbricam de tal forma que é impossível delimitar apenas um tipo de manifestação.

Ressalte-se ainda que a própria vítima tem dificuldade em identificar o tipo de violência sofrida, o que se

observa também na percepção diferenciada das formas de violência, sendo esta percepção mais marcante para a violência física do que para a violência psicológica. Este achado indicaria um descompasso entre as agressões referidas com base em atos discriminados e a noção de violência percebida pelas mulheres⁽⁶⁾.

O mesmo observa-se quanto à violência sexual, visto que em muitas sociedades, a mulher não entende o sexo forçado como violência, caso ela esteja casada ou vivendo com o agressor. Alguns países, porém, já reconhecem o estupro, no matrimônio, como crime; em outros, o esposo ainda tem o direito legal de acesso sexual ilimitado à esposa⁽¹⁸⁾.

Encontrou-se no estudo, porém, predomínio de mulheres que relataram a violência psicológica como a mais presente, dado pouco relatado na literatura que enfatiza a questão da violência física e sexual^(7,10). Não obstante, houve concordância com estudo realizado com mulheres violentadas residentes em área economicamente vulnerável de Brasília-DF, que sinalizou a prevalência de violência psicológica em 80,2% das mulheres pesquisadas⁽¹²⁾.

É importante analisar a incidência da violência psicológica e as formas de preveni-la, visto que esta pode ser considerada o ponto inicial que deflagra todas as outras formas de violência. A prevenção da violência psicológica pode ser pensada como uma estratégia de prevenção da violência de modo geral, isto é, não somente da violência familiar, mas também da institucional e social. O fato de uma pessoa crescer e desenvolver-se em uma família violenta pode repercutir na forma de aprendizado de solução de problemas, produzindo um padrão de comportamento violento⁽²⁰⁾.

Quando esmiuçada a ocorrência da agressão e suas consequências pela caracterização da lesão física, trinta e uma (48,4%) mulheres relataram a existência de lesão corporal, resultante de puxões de cabelo, sufocação no pescoço, socos na face, beliscões nos braços, fratura no nariz, facadas no abdome, hematoma no olho, corte nos lábios, queimadura de 2º grau no tórax, pancada nas costas que causou pneumonia e fratura da perna após forte empurrão.

O número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e os óbitos por causas externas associadas a violência física têm aumentado de forma assustadora o que corrobora a maior atenção dada a casos que possam ter como origem a violência contra a mulher⁽⁸⁾. Esta

forma de violência assume importante magnitude, visto que, em termos de capacidade de objetivar agressões e atos violentos, nem a violência psicológica, nem a sexual igualam-se à violência física⁽⁶⁾.

Os maus-tratos infligidos à mulher repercutem em perdas significativas na saúde física, sexual, psicológica e social, sendo necessário encaminhamento desta a serviços de redes de apoio para o enfrentamento desses problemas e melhoria da qualidade de vida⁽¹⁰⁾.

Na ocasião em que foram questionadas sobre a realização de registro da ocorrência, das 31 mulheres que sofreram lesão física, 29 (93,5%) relataram o ter realizado, e duas (6,5%) não registraram, referiram não ter procedido por se sentirem ameaçadas de morte e/ou por terem se reconciliado com o parceiro, ao passo que, quanto à realização do exame de corpo de delito, a maioria (58%) não o realizou por vergonha e/ou medo de se exporem na ocasião do exame.

É comum o sentimento de temor que paralisa e impede a mulher de buscar ajuda, e, invariavelmente, atitude de encobrir o abuso, minimizando a situação de violência em função de fatores como medo, carência de informação e de consciência sobre o que constitui realmente violência e, ainda, pelo desejo de crer que o parceiro não seja tão mau⁽¹⁰⁾.

Em razão de sua dependência financeira ou emocional em relação ao companheiro, da presença de filhos menores e de seu sentimento de vergonha, a maioria das vítimas não leva os agressores ao conhecimento da autoridade policial⁽⁸⁾.

A vergonha pela violência sofrida é infinitamente maior do que a coragem da mulher para denunciar. Há uma grande contradição entre os sentimentos vivenciados pelas mulheres: o medo de que a violência possa ser recorrente e, ao mesmo tempo, a crença de que não mais irá acontecer, também, a desestimulam. O limite para o enfrentamento da vergonha pode ser o do insuportável, respeitada toda e qualquer diferença individual de cada ser humano⁽¹⁷⁾.

É fundamental, portanto, o reconhecimento da ocorrência de situações de violência por profissionais de saúde, antes que estas resultem em consequências mais graves, através da escuta ativa e do olhar diferenciado a mulheres que buscam por serviços de saúde, muitas vezes, com queixas que parecem não apresentar relação com a agressão física em si, mas que trazem embutidas as sequelas silenciosas da violência. Na maioria das ví-

timas das vezes, as vítimas são mulheres poliqueixosas, que buscam os serviços de saúde de forma contínua, e o nexos causal é muitas vezes negligenciado pela a maioria dos profissionais de saúde, geralmente despreparados para identificação dos casos.

Os próprios profissionais de saúde consideram que a sua atuação no atendimento à mulheres com indícios de violência é caracterizada por uma impotência paralisante que pode ser atribuída à falta de preparo, de organização do processo de trabalho e aos valores sociais que são absorvidos de forma sutil através da história de vida de cada sujeito e do grupo como um todo⁽²¹⁾.

Fica constatada a necessidade de discutir a questão de violência contra as mulheres na cotidianidade dos serviços de saúde, de definir prioridades para capacitar os profissionais e de estabelecer parcerias com outros serviços, considerando que a violência contra a mulher exige abordagem e intervenção interdisciplinares e intersetoriais⁽²¹⁾.

É preciso compreender e avaliar a magnitude do problema da violência, em especial aquela perpetrada contra a mulher em seu próprio lar por aquele que deveria ser seu protetor e não o agressor. Na verdade, nenhuma forma de violência se justifica, porém mais grave ainda é banalizar ou considerar “natural” as agressões, sejam físicas ou morais entre parceiros, o que causa danos não apenas aos envolvidos, mas a toda unidade familiar.

Os profissionais de saúde devem representar uma chance de ajuda para mulheres em situação de violência, pois se essa situação não for compreendida, é possível que essa situação não seja desvelada. No entanto, diagnosticar tais problemas requer conhecimento e desenvolvimento da escuta qualificada e do olhar treinado para identificar os possíveis casos de violência doméstica⁽²²⁾.

CONCLUSÕES

O estudo realizado ressaltou uma realidade já descrita na literatura, em especial por estudos realizados por enfermeiros, que identificaram padrão e comportamentos de risco para ocorrência da violência contra a mulher. Porém, apesar de todo o conhecimento consolidado e de forte aparato jurídico, sustentado principalmente pela atual Lei Maria da Penha, o número de mulheres vítima de violência ainda é significativo e o despreparo dos profissionais em identificar estes casos torna o problema ainda mais grave.

A violência, mais do que nunca, destrói a vida, os sonhos e a dignidade das mulheres. É responsabilidade de toda a sociedade mobilizar-se para minimizar esse problema que apresenta proporções mundiais. É dever do Estado prevenir e enfrentar a violência contra as mulheres e oferecer todas as condições para que elas reconstruam suas vidas.

Este estudo pretendeu contribuir para reflexões através de informações e orientações importantes para os profissionais de saúde e para a sociedade em geral com o intuito de colaborar para prevenção da violência através do conhecimento adquirido com o estudo das causas da violência, dos fatores associados, do perfil das vítimas, dentre outras variáveis.

Constituem-se como reais necessidades a formulação e a implantação de novas ações que integrem esses conhecimentos de maneira efetiva, agregando diversos setores, transformando a assistência à mulher vítima de violência pautada em um atendimento apenas curativo ou reabilitador para uma assistência preventiva, cujos riscos para a ocorrência da violência sejam avaliados em cada realidade e que medidas preventivas possam ser tomadas antes da ocorrência da violência e de que os danos graves desta sejam implantados não apenas na mulher, mas em toda a família.

Mesmo tendo-se encontrado no estudo um maior índice de mulheres com baixas condições socioeconômicas, é importante não limitar a análise da violência contra a mulher apenas para os estratos sociais menos favorecidos, visto que esta se desenvolve de forma silenciosa e não escolhe raça, crença, classe social ou econômica para manifestar-se.

Os casos de violência perpetrada pelo próprio companheiro afirmam a gravidade dos casos analisados, visto a possibilidade de convivência diária com situações de agressão, que em muitos casos demoraram até 10 anos para culminarem com a denúncia. Ainda assim não se pode afirmar se com esta houve o fim da violência.

O predomínio de casos da violência psicológica denuncia a dificuldade de visualização da agressão sofrida por estas mulheres, visto esta não demonstrar-se pelas marcas físicas características e que tornam difícil sua identificação por parte dos profissionais de saúde em atendimento, o que corrobora a necessidade de capacitação destes profissionais em realizar uma escuta ativa que busque identificar os pequenos sinais implícitos nas palavras das mulheres violentadas.

Os relatos das manifestações da agressão física sofrida por estas mulheres demonstram o requinte de crueldade das ações do agressor que abrangem desde visivelmente imperceptíveis puxões de cabelo até alarmantes casos de facadas e fraturas ósseas, o que questiona até mesmo a possibilidade de ocorrência de tentativas de assassinato as quais as vítimas possam ter sofrido e não ter relatado nos depoimentos.

O medo e a vergonha são sentimentos que permeiam a vida da mulher vitimizada, impedindo-a de buscar ajuda e comunicar os relatos em serviços especializados, o que torna a questão “a ponta do iceberg” diante dos inúmeros desconhecidos casos de violência contra a mulher.

O alcoolismo constituiu-se a principal explicação das mulheres para a violência sofrida, porém este não deve ser compreendido por estas como uma desculpa para ocorrência da violência, visto que o abuso de substâncias como o álcool e outras drogas não deve ser aceito como normal pela sociedade, muito menos como motivador para ocorrência de situações de violência.

Uma abordagem de melhora da autoestima das mulheres vitimizadas pode ser fundamental para a interrupção do ciclo da violência visto que na maioria dos casos não foi a dependência financeira a maior causa de desistência da denúncia, mas sim o amor que as mulheres dizem sentir pelos parceiros, o que nos leva ao questionamento que deve ser o ponto principal na abordagem à estas mulheres: como é possível amar o outro sem amar a si primeiramente?

São questões complexas e que requerem grandes esforços para a mudança de um enfoque biologicista para um modelo ecológico, holístico, voltado para o conhecimento dos contextos que envolvem a violência no cotidiano destas mulheres, para que enfim, os profissionais de saúde que atuam no atendimento à estas, tornem-se parceiros na difícil luta contra o desrespeito ao valor do ser humano que se constitui a questão.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira EN, Jorge MSB. Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Rev Rene*. 2007; 8(2):93-100.
2. Casique CL, Furegato ARF. Violência contra a mulher: reflexões teóricas. *Rev Latino-am. Enferm*. 2006; 14(6):950-6.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Brasil. Lei nº. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3):359-67.
7. Silva MA, Falbo Neto GH, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(2):264-72.
8. Ximenes Neto FRG, Oliveira JS, Rocha J. Violência sofrida pelas profissionais do sexo durante seu trabalho e as atitudes tomadas após serem vitimadas. *REME — Rev Min Enferm*. 2007; 11(3):248-53.
9. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(3):307-12.
10. Begum S, Dwivedi SN, Pandey A, Suneeta M. Association between domestic violence and unintended pregnancies in India: Findings from the National Family Health Survey-2 data. *Natl Med J India*. 2010; 23(4):198-200.
11. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: Atlas; 2002.
12. Moura LBA, Gandolfi L, Vasconcelos AMN, Pratesi R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(6):944-53.
13. Oliveira PM, Carvalho ML. O Perfil das mulheres atendidas no Programa Municipal de Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semina. Ciênc Biol Saúde*. 2006; 27(1):3-11.

14. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(Supl 1):127-37.
15. Gee RE, Mitra N, Wan F, Chavkin DE, Long JA. Power over parity: intimate partner violence and issues of fertility control. *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 201(2):148.e1-7.
16. Bessa EA. Relatório de saúde do CERAM. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; 2007.
17. Vieira LJES, Pordeus AMJ, Ferreira RC, Moreira DP, Maia PB, Saviolli KC. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. *Saúde Soc*. 2008; 17(3):113-25.
18. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Michel-Crosato E. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência contra a mulher. *Psicol Ciênc Prof*. 2007; 27(4):694-705.
19. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD'A. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(4):744-51.
20. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição de violência física doméstica. *Interface Comun Saúde Educ*. 2007; 11(21):93-103.
21. Oliveira CC, Fonseca MGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 4(41):605-12.
22. Riquinho DL, Correia SG. O papel dos profissionais de saúde em casos de violência doméstica: um relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27(2):301-10.

Recebido: 17/02/2011

Aceito: 11/07/2011