

REPERCUSSÕES PSICOEMOCIONAIS DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: PERFIL DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA*

PSYCHO-EMOTIONAL REPERCUSSIONS OF DOMESTIC VIOLENCE: THE PROFILE OF WOMEN ON BASIC HEALTHCARE

REPERCUSIONES PSICOEMOCIONALES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA: PERFIL DE MUJERES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Sâmia Larissa de Lima Vale¹, Cláudia Maria Ramos Medeiros², Clênia de Oliveira Cavalcanti³, Cora Coralina dos Santos Junqueira⁴, Líliliana Cruz de Souza⁴

Objetivou-se com esta pesquisa investigar o perfil sociodemográfico e as repercussões psicoemocionais da violência no âmbito doméstico de mulheres atendidas em um serviço de saúde. Pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvida na Unidade de Saúde da Família Cidade Verde Integrada, João Pessoa-PB. Foram entrevistadas 400 mulheres em janeiro e fevereiro de 2010, através de entrevista semiestruturada. Dessas, 211 mulheres (52,75%) foram identificadas com história de violência doméstica que compuseram a amostra do estudo. Como perfil das vítimas de violência, tivemos prevalência da faixa etária adulta (78,67%), casadas (45,04%), com renda de até dois salários (72,03%), ensino médio completo (33,17%), cor morena/parda (46,44%), religião católica (50,13%) e 56,87% não trabalhavam. As principais repercussões psicoemocionais foram tristeza, raiva e depressão. Os serviços de saúde devem servir como locais de alerta na detecção de eventos violentos, promovendo ações que facilitem a identificação do problema e seu enfrentamento.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Serviços de Saúde; Saúde da Mulher; Enfermagem.

This research proposes to investigate the socio-demographic profile of the women assisted in a health service and the psycho emotional repercussions of domestic violence on them. This is an exploratory, descriptive study with a quantitative approach, developed at the Cidade Verde Integrated Family Health Unit, in João Pessoa, PB, Brazil. 400 women were interviewed in January and February 2010 and semi-structured interviews were used. From this amount, 211 women (52.75%) were identified with history of domestic violence and composed the study sample. As a profile of the victims of violence, the study showed a high incidence of adults (78.67%), married (45.04%), earning up to two minimum salaries (72.03%), complete high school level (33.17%), dark skinned victims (46.44%), catholic (50.13%) and housewives (56.87%). The main psycho-emotional impacts included were: sadness, anger and depression. Services of health should serve as places of orientation in the detection of violent events, promoting actions which identify the problem and its coping.

Descriptors: Violence Against Women; Health Services; Women's Health; Nursing.

El objetivo fue investigar el perfil sociodemográfico y las repercusiones psicoemocionales de la violencia en el ámbito doméstico de mujeres atendidas en servicio de salud. Investigación exploratoria, descriptiva con enfoque cuantitativo, desarrollada en Unidad de Salud Familiar de la ciudad Verde Integrada, João Pessoa-PB, Brasil. Fueron entrevistadas 400 mujeres en enero y febrero de 2010, a través de entrevistas semiestructuradas. De estas, 211 mujeres (52,75%) con historia de violencia doméstica compusieron la muestra del estudio. Como perfil de las víctimas de violencia, hubo alta prevalencia de víctimas adultas (78,67%), casadas (45,04%), renta hasta dos sueldos (72,03%), enseñanza media completa (33,17%); afro descendientes (46,44%); religión católica (50,13%) y 56,87% solo trabajaban en el hogar, tuvo como principal impacto psicoemocional tristeza, rabia y depresión. Los servicios de salud deben servir como sitios para detección de la violencia, promoción de acciones que faciliten la identificación del problema y su enfrentamiento.

Descritores: Violencia contra la Mujer; Servicios de Salud; Salud de la Mujer; Enfermería.

*Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem intitulado "Formas de expressão da violência de gênero no âmbito doméstico/familiar: um perfil a partir de mulheres em uma Unidade de Saúde Integrada", apresentado na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2010.

¹Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: samia_larissa@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Pública e Psiquiátrica da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: claudiaramos.enf@gmail.com

³Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: cleniacavalcanti@hotmail.com

⁴Graduanda em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mails: coracoralina33@gmail.com, lilianacruzjp@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher não é um fenômeno atual, e sim um acontecimento trazido culturalmente nas relações de gênero, que define as diferenças entre homens e mulheres. Essas diferenças entre os dois sexos são delimitadas tanto no campo de atuação profissional quanto nas leis elaboradas pelo próprio ser humano que deixa claro as desigualdades entre eles. Os atos de violência praticados pelos agressores contra as vítimas deixam de envolver apenas questões pessoais e passam a representar questões políticas, culturais e de ordem social⁽¹⁾.

No contexto atual, a violência de gênero mostra uma face que ainda é de silêncio, mas faz parte de estatísticas alarmantes que começam a ultrapassar o espaço privado e atingir a sociedade como um todo, exigindo políticas públicas competentes. Em um estudo realizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2005) em vários países do mundo, observou-se que entre 13% (Japão) e 61% (Peru) das mulheres já sofreram algum tipo de violência física alguma vez na vida, enquanto de 4% a 46% delas já foram forçadas a ter relações sexuais contra a vontade⁽²⁾.

No Brasil, a violência contra a mulher assume a dimensão de problema de saúde pública, atingindo um quarto da população. Apesar da elevada frequência, aponta para a possibilidade de esses índices serem ainda maiores, pois as agressões psicológicas (manipulações verbal e comportamental, insultos, chantagem e isolamento) são raramente percebidas como violência por não serem atos imoderados e/ou cruéis que deixam danos físicos severos⁽³⁾. O que ocorre, é que a violência psicológica contra a mulher se tornou tão corriqueira que deixou de ser percebida como agressão.

Segundo relatório mundial sobre violência e saúde, elaborado pela Organização Mundial de Saúde, a forma mais prevalente de violência contra mulheres é aquela praticada pelo parceiro íntimo (violência conjugal) no espaço privado, ainda que não se restrinja ao espaço doméstico, com taxas de prevalência variando

entre 15% e 52% de mulheres que experimentaram algum tipo de violência cometida pelo parceiro⁽²⁾.

A multiplicidade de impactos da violência conjugal repercute na vida da mulher mais fortemente do que simplesmente a soma desses impactos e não resulta necessariamente em ações que diminuam ou eliminem as agressões por parte do companheiro. Os impactos na saúde, no trabalho e na vida familiar tendem a restringir a autonomia da mulher vitimizada e a afetar sua capacidade para uma busca efetiva de socorro⁽⁴⁾.

Nesse sentido, torna-se necessário discutir as políticas públicas voltadas à Saúde da Mulher, pois a violência de gênero é um fator agravante por envolver os aspectos físicos e psicológicos e ocorrer muitas vezes por períodos prolongados de tempo, podendo causar graves consequências à saúde e até a morte.

Estudos mostram que a atenção às mulheres em situação de violência ocorre de maneira fragmentada e pontual. No que se refere aos serviços, estes não estão preparados para atendê-las de maneira integral. De um modo geral, as vítimas de violência percorrem vários caminhos, em decorrência de um processo desarticulado dos serviços. Em relação à assistência, nota-se que o profissional de saúde cria uma fragmentação da ação e do objeto de trabalho. Neste caso, o indivíduo reduz a abordagem da saúde/doença aos saberes biomédicos desarticulados do contexto socioeconômicos⁽⁵⁾.

Outro grande impasse evidenciado com relação à atuação dos profissionais da saúde é que, em geral, as mulheres agredidas pelos companheiros procuram os serviços de saúde apresentando sintomas diversos, não específicos de uma agressão. E os profissionais, em sua maioria, ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais. As vítimas de violências são multiqueixosas, mas evitam comunicar aos profissionais de saúde sobre a situação de violência que estão vivendo, devido à vergonha, e estes não questionam até pelo limitado tempo disponível para o atendimento⁽⁶⁾.

A situação torna-se ainda mais grave quando a mulher apresenta-se gestante ou no puerpério, uma vez que traz consequências significativas para a saúde tanto da mãe quanto do bebê, tais como abortos, parto e nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, interrupção da amamentação e até morte materna e/ou fetal, pois se trata de um período em que a mulher encontra-se mais fragilizada.

Consideramos que a problemática da violência de gênero tem uma interface com a saúde, que grande parte das mulheres em situação de violência buscam os serviços de saúde para o atendimento de outras demandas de saúde alheias à violência, e ainda que esses casos, em geral, não são identificados. Reconhecendo-se a necessidade de uma intervenção de forma efetiva na resolução do problema, questionamos: Quantas e quem são as mulheres cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), expostas às situações de violência? Quais repercussões psicoemocionais afetam essas mulheres diante desses episódios de violência?

Dessa forma, esse trabalho teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e investigar as repercussões psicoemocionais frente a episódios de violência doméstica em mulheres adscritas na USF Integrada Cidade Verde do município de João Pessoa-PB.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, realizado na Unidade Integrada Cidade Verde, a qual comporta quatro equipes de saúde da família, localizada no III Distrito de Saúde do Município de João Pessoa-PB. Quanto ao delineamento do estudo, do universo fizeram parte 400 mulheres cadastradas no serviço, cujo acesso às mesmas se deu através do serviço de planejamento familiar, citologia cérvico-vaginal e assistência pré-natal. Da amostra fizeram parte 211 mulheres selecionadas a partir dos

seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos identificar-se com história anterior de violência doméstica e querer participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2010 utilizando-se da técnica de entrevista, a partir de roteiro previamente elaborado e testado, composto de dados sociodemográficos (escolaridade, renda familiar, extrato social, raça/ cor da pele, naturalidade, prática religiosa, estado civil, tempo de situação conjugal, profissão, ocupação/cargo), e de questões específicas referentes às repercussões psicoemocionais da violência doméstica.

A participação das mulheres foi negociada, mediante aplicação de princípios éticos de respeito à sua vontade, transparência dos propósitos da pesquisa e concordância em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), protocolado sob o número 007/10.

A análise estatística e descritiva dos dados foi realizada com o auxílio do aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), Versão 11.5 e apresentada por representação gráfica e tabular. A análise dos resultados teve como aporte teórico publicações recentes e outras fontes bibliográficas pertinentes ao tema em questão.

RESULTADOS

Das 400 mulheres entrevistadas, pôde-se detectar 211 (52,75%) em situação de violência de gênero, seja ela física, psicológica, sexual ou patrimonial.

A Tabela 1 representa os dados sociodemográficos das mulheres vítimas de violência. Pode-se contemplar situação atual das participantes, situação conjugal, renda familiar, grau de escolaridade, raça, religião e se trabalha fora.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das mulheres vítimas de violência (n=211 mulheres). João Pessoa, PB, Brasil, 2010

Variáveis	Mulheres em situação de violência (n = 211)	
	f	%
Faixa etária		
Adulta	184	87,2
Terceira Idade	11	5,2
Adolescente	16	7,6
Gestante/Puérpera		
Gestante	23	11,0
Puérpera	1	0,5
Estado Civil		
Casada	95	45,0
União Consensual	57	27,0
Solteira	40	19,0
Separada	17	8,0
Viúva	2	1,0
Renda		
E – Até 2 salários mínimos	152	72,0
D – De 2 a 6 salários mínimos	59	28,0
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	70	33,0
Ensino Fundamental Incompleto	58	27,5
Ensino Fundamental Completo	62	29,5
Analfabeta	6	3,0
Ensino Superior	15	7,0
Raça/cor da pele		
Morena/Parda	98	46,5
Branca	88	42,0
Negra	22	10,0
Indígena	3	1,5
Religião		
Católica	110	52,0
Evangélica	61	29,0
Sem prática religiosa	30	14,0
Outros	10	5,0
Trabalha fora?		
Não	120	57,0
Sim	91	43,0

O Gráfico 1 apresenta as repercussões psicoemocionais da violência sobre as mulheres vitimadas, que foram: tristeza (21,31 %), raiva (13,11 %), depressão (4,92 %), insulto (3,27 %), medo (2,46 %), humilhação (2,46 %), ansiedade (2,46 %), outros

sentimentos (2,46%) nos quais se inserem: constrangimento (0,82 %) ameaça (0,82 %) e isolamento (0,82 %). Com maior frequência apareceu mais de uma repercussão (44,55%).

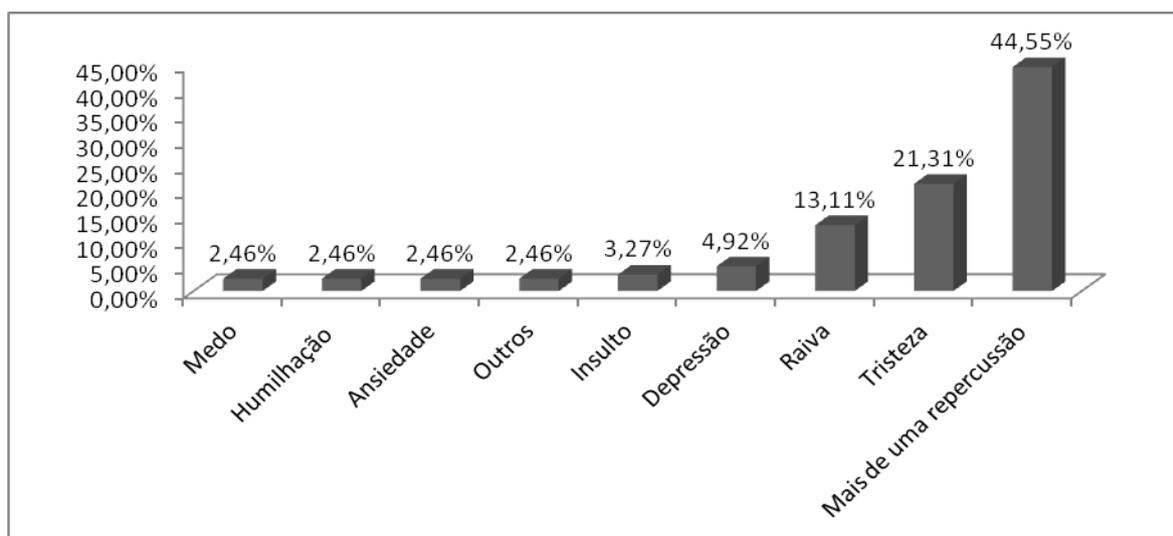


Gráfico 1 – Repercussões psicoemocionais da violência praticada no âmbito doméstico/familiar (n=211 mulheres). João Pessoa, PB, Brasil, 2010.

DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que 52,75 % das mulheres entrevistadas já sofreram algum episódio de violência, corroborando, assim, com estudo realizado em Ribeirão Preto com uma amostra de 265 mulheres, que revelou um percentual de 45,3 % mulheres sofrendo violência em algum momento da vida⁽⁷⁾.

Pesquisa realizada na Grande São Paulo aponta que entre 3193 usuárias de 19 serviços de saúde, 76% das mulheres sofreram algum episódio de violência. Isso mostra que a violência de gênero é uma realidade comum em nossa sociedade, ainda mais em Unidades de Saúde, onde a demanda é predominantemente feminina e as mulheres em situação de violência tendem a procurar os serviços com maior frequência⁽⁸⁾.

Esses resultados revelam os altos níveis de violência vivenciados por mulheres no contexto doméstico e familiar, até recentemente ignorados, banalizados e naturalizados. Esses dados apontam para a possibilidade dos serviços de saúde serem locais propícios para a identificação de casos de violência, sobretudo no caso da violência em questão, visto que as mulheres são as usuárias que procuram os serviços de saúde com maior frequência.

Nesses casos, a presença do profissional de

enfermagem torna-se um importante elemento na detecção de tais episódios, uma vez que o enfermeiro é um dos profissionais com maior contato com os usuários do serviço e com a comunidade e conhece as demandas de sua área por meio do auxílio dos agentes comunitários de saúde e das visitas domiciliares. O enfermeiro, por gerenciar o cuidado e, de maneira geral, fazer a articulação entre os demais profissionais e serviços, é um profissional-chave na assistência à usuária vítima de violência⁽⁶⁾.

A abordagem oferecida à mulher no serviço de saúde, principalmente na atenção básica, possibilitará desdobramentos importantes na construção das estratégias de enfrentamento à situação de violência vivida. Essas estratégias auxiliarão na transformação do quadro, reduzindo ou eliminando a vulnerabilidade à violência e promovendo a saúde e os direitos de cidadania⁽⁹⁾.

Quanto aos aspectos sociodemográficos representados na Tabela 1, na variável faixa etária, houve um predomínio de mulheres adultas, o que foi encontrado também em estudos anteriores. Autores constataram em pesquisa realizada em um Centro Especializado de Referência em atendimento a mulheres

vítimas de violência na cidade de Fortaleza-CE, que 70,3% delas encontravam-se na faixa de desenvolvimento de 20 a 39 anos, 25% maiores de 40 anos e 4,7% adolescentes (15-19 anos)⁽¹⁰⁾.

Três estudos realizados em serviços de saúde localizados em: Ribeirão Preto; São Paulo, Santo André, Diadema e Mogi das Cruzes; Varjão (região localizada na área metropolitana de Brasília-DF), também mostraram em suas distribuições sociodemográficas das vítimas de violência, maior número de mulheres na faixa etária adulta com idade média de 34,6; 31 e 30 anos respectivamente^(7-8,11). As usuárias de serviços de saúde são mulheres adultas, provavelmente por que são as que mais os frequentam para cuidar de sua própria saúde e também pela incumbência que lhe é atribuída para cuidar dos outros indivíduos da família. Considerando que as políticas de saúde voltadas para mulheres destinam-se principalmente à mulher adulta, ressaltamos a fragilidade nas ações voltadas para adolescentes e idosas, o que pode contribuir com a baixa inserção desses grupos no serviço de saúde⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Resultados obtidos em estudo com gestantes mostram índices ainda maiores, com prevalências de 0,9% a 20,1% em situação de violência⁽¹³⁾. A presente pesquisa apresentou índice alto de violência doméstica, porém inferior a estudos específicos com gestantes, haja vista que a população do presente trabalho não foi seletiva para a condição gestacional, participando do estudo todas as mulheres que aceitassem as condições da pesquisa.

Pesquisa realizada com 278 mulheres de 15 a 49 anos residentes em uma área metropolitana de Brasília corrobora com o presente estudo, mostrando que 83% das entrevistadas eram casadas ou viviam em união estável⁽¹¹⁾. Outro estudo realizado em um Centro de Referência no município de Fortaleza (CE) mostrou que 48,4% das mulheres em situação de violência mantinham união consensual ou eram casadas⁽¹⁰⁾.

A maioria das mulheres em situação de violência é casada ou mantém relacionamentos estáveis, o que

evidencia maior incidência de violência contra a mulher ocorrer no espaço doméstico e conjugal^(12,14). Portanto, é dentro de casa que há mais facilidade de a agressão transcorrer sem interrupções e sob o abrigo da privacidade do lar⁽¹⁾. Os resultados do presente estudo confirmam tal afirmação.

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família se constitui em um indispensável componente na detecção de episódios de violência doméstica, uma vez que o programa tem como base o seio familiar, suas relações e o contexto psicossocial em que estes usuários estão inseridos. Assim, a enfermagem pode desenvolver importante atuação, pois tem a possibilidade de agir junto à família e não apenas ao indivíduo.

Quando investigada a renda familiar as mulheres relataram na sua maioria entre um e dois salários mínimos mensais, demonstrando o contexto de necessidade/escassez em que viviam. Em estudo anterior realizado com mulheres que prestaram queixa por agressão física doméstica na Delegacia Especializada da Mulher no município de João Pessoa-PB constatou-se que a maior parte das mulheres situam-se nessa faixa econômica, com 73,1 % nas classes D e E⁽¹²⁾. Pesquisa anterior realizada em um Centro Especializado de Referência de Fortaleza-CE com mulheres em situação de violência trouxe resultado semelhante, mostrando que 45,7% das mulheres ganham até dois salários mínimos⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, percebe-se que a violência doméstica incide, sobretudo, naqueles níveis sociais de baixa renda, devido a uma maior dificuldade financeira e desestruturação familiar, favorecendo comportamentos agressivos. Entretanto, deve-se analisar com prudência esta afirmação, pois a maior prevalência de violência nas classes sociais menos favorecidas pode estar relacionada ao fato de que as pessoas mais pobres tendem a denunciar mais, dando visibilidade ao problema geralmente ocultado entre os mais abastados economicamente⁽¹⁵⁾. Este fato ocorre devido às pessoas de classes mais baixas utilizarem mais os serviços do

SUS, diferente das com nível econômico mais elevado que optam pelos planos de saúde particulares.

Ainda na tabela 1 no item escolaridade, evidenciou-se que 70 (33,17 %) mulheres tinham ensino médio completo, seguido de 62 (29,38%) com ensino fundamental completo e 58 (27,48%) com ensino fundamental incompleto. Porém, em outras pesquisas realizadas antes do estudo em questão houve predomínio de mulheres no ensino fundamental incompleto e completo ou com menos de oito anos de estudo⁽¹⁰⁻¹²⁾. Tal situação é apontada por alguns autores como um dos fatores que favorecem a situação de violência, visto que mulheres mais esclarecidas tendem a ter menor grau de tolerância à situação⁽¹³⁾.

Quanto menor o suporte social e financeiro maior o risco de violência. Supõe-se que há uma tendência da mulher submeter-se mais ao vitimizador pela falta de oportunidade de lutar e enfrentar a violência. Além disso, indivíduos com menor escolaridade encontram-se mais frequentemente nas faixas populacionais em condições de pobreza, o que favorece a exclusão social e baixa autoestima, reduzindo as perspectivas de que possam exercer atividades bem remuneradas no mercado de trabalho.

É papel do profissional de saúde e da sociedade encontrar formas de inclusão da população que sofre com condições desfavoráveis de vida. A saúde envolve todo um contexto psicológico, social e econômico, devendo assim ser desenvolvido um trabalho intersetorial, através de parcerias com a sociedade civil organizada, igrejas, associações de moradores, delegacias, conselho tutelar, ministério público e gestão; para que dessa forma, as desigualdades sociais possam ser amenizadas e, assim, o indivíduo consiga encontrar estratégias de enfrentamento da violência através de redes de apoio⁽⁶⁾.

No quesito cor, o resultado deste estudo foi condizente com pesquisa realizada no município de São Paulo e em 15 municípios pertencentes à Zona da Mata do estado de Pernambuco com 2.128 mulheres entre 15

e 49 anos, onde houve predomínio de pardas e brancas, (35 e 34,1%)⁽¹⁵⁾. Contudo, estudo realizado em unidades de emergências com amostra de 1500 atendimentos por causas externas (acidentes e violência) revelou que 59,9% das mulheres atendidas eram negras (parda e preta) com menor escolaridade⁽¹⁶⁾.

Em relação à variável religião, pesquisa anterior mostrou que estes dados foram diferentes, 19,1 % eram católicas, 26,3 % evangélicas, 12,1 % não tinham religião e 28 % eram espiritualistas. O autor deste estudo afirma ainda que, a violência de gênero atinge mulheres de todas as religiões e tal aspecto não tem influenciado na manutenção de lares menos violentos⁽¹⁷⁾. No entanto, é indispensável buscar o apoio de entidades religiosas, que têm forte influência na população e podem desenvolver importante trabalho no combate à violência de gênero.

Quando se analisou a variável ocupação, observou-se que 120 (56,87%) mulheres eram "do lar". Pesquisa realizada antes do estudo em questão, em um centro de saúde distrital de Ribeirão Preto (SP), mostrou que das 265 mulheres entrevistadas 41,9% estavam desempregadas ou se referiram como do lar⁽⁷⁾. O mesmo foi confirmado por estudo realizado a partir de 7.750 inquéritos policiais e termos circunstanciados efetuados em uma Delegacia de Defesa da Mulher no município de Araçatuba-SP, na qual foi predominante o número que se declarou do lar⁽¹⁴⁾.

Ao avaliar as repercussões da violência na saúde da mulher no presente estudo, percebeu-se a prevalência de vários sentimentos. Evidencia-se que mulheres vítimas de violência tendem a apresentar maior fragilidade, podendo sofrer efeitos permanentes em sua autoestima e autoimagem, tornar-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão⁽¹⁸⁾.

Estudo realizado em um município do interior paulista, sendo a amostra constituída por doze mulheres que prestaram queixa na Delegacia Policial da Defesa da Mulher (DDM) entre 2003 e 2004 mostrou que todas as mulheres referiram sentirem humilhação e medo⁽¹⁹⁾. No

atendimento a mulheres vítimas de violência, o medo, nas suas mais diversas expressões, é o que mais as paralisa: medo de ser morta pelo companheiro, medo de assumir sozinha os filhos e privá-los do atendimento de necessidades básicas, medo de exposição e escândalo⁽²⁰⁾.

Em sua consulta, o enfermeiro deve, acima de tudo, ouvir as mulheres que desejam expor seus medos e angústias. A criação do vínculo entre profissional e usuária permite que as mulheres vítimas de violência de em visão a seu problema, muitas vezes tão escondido que torna-se invisível aos olhos dos profissionais de saúde. Nesse momento é importante contar com o apoio dos demais profissionais, principalmente psicólogos e assistentes sociais, pois o enfrentamento da situação exige um olhar e uma escuta diferenciada, com o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, em diferentes âmbitos⁽⁶⁾.

Um dos achados importantes deste estudo foi a evidência de prevalências elevadas de violência contra a mulher entre as usuárias da USF, enfatizando-se que estas situações não eram conhecidas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde que atendem a essas mulheres. Em levantamento similar entre usuárias de serviços de atenção básica realizado no Município de São Paulo, foram encontradas prevalências semelhantes às do presente estudo⁽⁸⁾. Outro achado foi a invisibilidade dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal.

Na assistência à saúde da mulher vítima de violência doméstica, a equipe de enfermagem está presente desde o primeiro contato, respondendo ao seu pedido de ajuda. Os enfermeiros, mostrando disponibilidade e aceitação para ouvi-la e estimulando a sua expressão sobre o vivido, abrem espaço para que ela se assuma como protagonista do próprio cuidado⁽¹⁹⁾. Dessa forma, o enfermeiro, quando acolhe sua usuária, deve ter sensibilidade para perceber sinais de violência, mesmo que de forma sutil, principalmente a violência

psicológica que apesar de não se evidenciar fisicamente, é capaz de deixar longas e severas sequelas na mulher.

A procura pelo serviço de saúde decorre da necessidade de cuidado provocada pela violência física, pelas sequelas psicológicas, além de sintomas vagos e dores inexplicáveis. Muitas vezes a mulher não se dispõe a relatar os episódios de violência que sofre, mantendo o problema oculto, dificultando seu diagnóstico. A relativa invisibilidade é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos enfermeiros não perguntam, até pelo limitado tempo disponível para o atendimento. Há também a concepção de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido neste âmbito.

Outrossim, a falta de instrumentos de acolhimento e arsenal resolutivo para o problema faz com que os profissionais de saúde compactuem com essa invisibilidade⁽¹³⁾. Além destes fatores, há ainda a falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nas queixas apresentadas pelas mulheres. Na maior parte das vezes, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência à medicalização.

Os profissionais ainda acreditam que não devem se envolver devido à falta de mecanismos existentes nos serviços para intervirem diante da complexidade do fenômeno. Ressaltam também que este fato está ligado à falta de formação durante a graduação para lidar com o tema, provocando situações constrangedoras e, por não saber o que dizer, sentindo-se impotentes diante da problemática em questão⁽⁶⁾.

Além disso, do ponto de vista estratégico, os serviços de saúde não desenvolvem ações articuladas com os serviços de atendimento psicossocial da rede de atendimento à mulher, resultando em ações independentes e ineficazes. Conhecer esses serviços e fazer os encaminhamentos necessários é um passo importante para identificação do problema e de seu

enfrentamento⁽⁶⁾.

Embora o problema da violência seja complexo, assim como sua resolução, acredita-se que é imprescindível abordá-lo é tirá-lo da invisibilidade. Algumas estratégias têm sido propostas para diminuir a sua invisibilidade nos serviços de saúde, como: reconhecer a violência de gênero como problema de saúde pública; capacitar os profissionais para identificá-la e abordá-la através do acolhimento; reconhecer a integridade das mulheres, como sujeitos com direitos humanos; informá-las sobre os recursos da sociedade, tais como delegacias de mulheres e casas-abrigo; e identificar as situações de risco de vida para proteger a paciente, trabalhando em articulação com os outros setores da sociedade⁽²¹⁾.

A atenção primária merece um destaque quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher por diversas razões. Em primeiro lugar, este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disso, tem um aumento de cobertura e estratégia recente, com valorização da ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher.

No sentido da prevenção dos casos e promoção da não violência, pesquisadores sugerem diversas ações: desde uma perspectiva populacional, e que não passam necessariamente pela ação dos serviços de saúde. São elas: as campanhas em meios de comunicação de massa; a educação para a igualdade de gênero; o controle de armas na sociedade; o controle da violência urbana; o controle da publicidade e do abuso de álcool; a igualdade de salários entre homens e mulheres; a igualdade na participação política⁽¹⁵⁾.

A prevenção, entretanto, também passa por ações que podem ser realizadas pelos serviços de saúde. Em

primeiro lugar, o combate à violência institucional e o estímulo à integralidade da atenção são promotores da boa comunicação e relações interpessoais no serviço, denotando de modo exemplar a prática da não violência e, por contraste, apontando sua recusa e a não reprodução desta no interior dos serviços. Assim, o propósito de tornar visível a violência como questão, atuando contra sua banalização, é uma prática que começa "em casa", no próprio serviço de saúde. O trabalho orientado pelos princípios do PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher), com a promoção dos direitos reprodutivos e sexuais e o trabalho com conflitos de gênero na perspectiva de fortalecimento das mulheres e emancipação de todos os usuários e trabalhadores, é fundamental neste sentido⁽¹⁵⁾.

Além disto, é necessário que se compreenda o papel de todos os profissionais do serviço, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na dimensão preventiva do serviço. Se todos os profissionais podem ser divulgadores de direitos humanos e da rede intersetorial que presta apoio à violência, e também provê trabalho, moradia, creche, escola, que são todos elementos fundamentais para a emancipação e uma vida livre de violência, os ACS encontram-se na específica situação de acesso e relação diferenciada frente às questões do domicílio e da vida comunitária dos usuários do serviço⁽²²⁾.

A violência contra a mulher é um problema complexo e multidimensional que vem sendo gradativamente abordado como questão de saúde pública. O setor saúde tem importante papel no combate a esse tipo de violência por meio do desenvolvimento de pesquisas, notificação de casos, organização de serviços de referência para as vítimas e outras propostas de intervenção. Entretanto, nenhuma estratégia para o combate à violência pode deixar de abordar as raízes culturais desses abusos, além, evidentemente, de atender às necessidades imediatas das vítimas. Isso significa desafiar atitudes e crenças sociais que

fundamentam a violência dos homens contra as mulheres e criar formas de negociação do poder entre os gêneros em todos os níveis da sociedade⁽¹³⁾.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou prevalência de violência na faixa etária adulta, casadas, com renda de até dois salários, ensino médio completo, cor morena/parda, religião católica e não trabalhavam fora do lar, denotando que a violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública. Além disso, acarreta graves consequências para o desenvolvimento pessoal e para a saúde da mulher vitimizada. Esta problemática reflete-se em aumento nas taxas de suicídio, abuso de drogas e álcool, além de todo o sofrimento psíquico causado pela incapacidade da mulher para enfrentar a situação vivida, resultando em sentimentos negativos como tristeza, raiva, depressão, medo, constrangimento e outros.

Deve-se chamar atenção para o silêncio e a invisibilidade que envolvem a questão da violência contra a mulher, destacando a natureza do problema situado no âmbito da vida privada e das relações familiares. Existe dificuldade em falar e tratar do assunto, tanto das mulheres agredidas quanto por parte dos profissionais da saúde. Por trás desse silêncio estão duas questões importantes: o não reconhecimento de que a violência contra a mulher é problema de atenção à saúde e a tendência de se usar a linguagem do adoecimento, o que dificulta a comunicação entre os profissionais da saúde e as usuárias dos serviços.

Assim, os serviços de saúde devem servir como locais de alerta na detecção de eventos violentos, promovendo ações que facilitem a identificação do problema e seu enfrentamento. Ao mesmo tempo, é essencial estabelecer uma relação de confiança na qual haja respeito e a mulher sinta-se acolhida e não julgada. A qualidade do atendimento está relacionada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora, que os profissionais de saúde devem estabelecer com as

mulheres num momento difícil de suas vidas.

Não obstante a proliferação de estudos que têm demonstrado a dimensão, a complexidade e a gravidade da violência contra a mulher quanto aos impactos à sua saúde, ainda é necessário um maior reconhecimento enquanto problema de saúde pública. Sendo assim, torna-se imprescindível a capacitação dos profissionais da saúde, a sensibilização dos gestores de segurança pública, a desestigmatização do problema e a mobilização e empoderamento da sociedade civil. Essas ações, em conjunto, garantirão melhorias no atendimento e na qualidade de vida destas mulheres, principalmente nos grupos menos privilegiados, pois elas contam com menos recursos e ficam mais expostas à violência.

REFERÊNCIAS

1. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e seus agressores. Rev Enferm UERJ. 2008; 16(3):307-12.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS) multi-país de estudo sobre a saúde da mulher e violência doméstica contra mulheres. Suíça: OMS; 2005.
3. Carvalho-Barreto A, Bucher-Maluschkea JSNF, Almeida PC, Souza E. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. Psicol Reflex Crit. 2009; 22(1):86-92.
4. Miranda MPM, Paula CS, Bordin IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. Rev Panam Salud Pública. 2010; 27(4):300-8.
5. Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. Esc Anna Nery. 2010; 14(1):97-104.
6. Moreira SNT, Galvão LLLF, Melo COM, Azevedo GD. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6):1053-9.
7. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da

- violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. Rev Saúde Pública. 2006; 40(4):604-10.
8. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3):359-67.
9. Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. 2011; 20(1):124-35.
10. Costa AM, Moreira KAP, Henriques ACPT, Marques JF, Fernandes AFC. Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um Centro Estadual de Referência. Rev Rene. 2011; 12(3):627-35.
11. 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.
12. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev Saúde Pública. 2007; 41(6):970-8.
13. Audi CAF, Segall-Corrêa AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pèrez-Escamila R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev Saúde Pública. 2008; 42(5):877-85.
14. Dossi AP, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8):1939-52.
15. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2):299-310.
16. Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela – Brasil, 2009. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(9):2319-29.
17. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 19(2):263-72.
18. Mozzambani ACF, Ribeiro RL, Fuso SF, Fiks JP, Mello MF. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. Rev Psiquiatr. 2011; 33(1):43-7.
19. Jong LC, Sadala MLA, Tanaka ACD. Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4):744-51.
20. Instituto Avon/IPSOS. Secretaria de Políticas para as mulheres. Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil [Internet]. 2011 [citado 2012 dez 20]. Disponível em: http://www.institutoavon.org.br/wp-content/themes/institutoavon/pdf/iavon_0109_pesq_portuga_vd2010_03_vl_bx.pdf
21. Lettiere A, Nakano ANS, Rodrigues DT. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3):467-73.
22. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1037-50.

Recebido: 26/12/2012

Aceito: 25/06/2013