

Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família

Domestic violence: sociodemographic characteristics of women registered at a Family Health Unit

Violencia doméstica: características sociodemográficas de mujeres registradas en una unidad de Salud de la Familia

Josefa Barros Cavalcanti de Albuquerque¹, Edna Samara Ribeiro César², Vagna Cristina Leite da Silva³,
Lawrencita Limeira Espínola⁴, Elisangela Braga de Azevedo⁵, Maria de Oliveira Ferreira Filha⁶

¹ Enfermeira. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: joelaura_ip@hotmail.com.

² Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição, nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Professora da Faculdade São Vicente de Paula e da Escola de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: samaraenfermagem@ig.com.br.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: vagna.cristina@bol.com.br.

⁴ Psicóloga. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: lawrencita@hotmail.com.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da UFPB. Professora da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: elisaaz@terra.com.br.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Associada II da UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. E-mail: marfilha@yahoo.com.br.

RESUMO

Objetivou-se investigar a ocorrência de violência doméstica entre mulheres em uma unidade de saúde da família no município de João Pessoa/PB/Brasil. Trata-se de um estudo quantitativo, composto por uma população de 860 mulheres, finalizando-se com uma amostra de 86, investigadas aleatoriamente, utilizando, a princípio, o critério de inclusão. Procedeu-se à análise dos dados por meio de estatística descritiva e inferencial, aplicando-se o Teste de Qui-quadrado (X^2). Verificou-se que 63% das entrevistadas informaram já ter sido vítimas de violência. Quanto ao agressor, em 39% delas era o próprio companheiro da vítima. Dentre os tipos de violência, em 46% sobreveio a psicológica. No tocante à relação entre as variáveis, verificou-se significância estatística para escolaridade das mulheres com $p < 0,05$. Diante desses resultados, torna-se clara a necessidade dos serviços de saúde estabelecerem um atendimento interdisciplinar como forma de suprir carências e promover o acesso das mulheres vitimizadas aos serviços de proteção contra violência doméstica.

Descritores: Violência; Saúde da Família; Violência Doméstica.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate the occurrence of domestic violence among women followed at a family health unit in the municipality of João Pessoa (Pernambuco, Brazil). This quantitative study was performed with a population of 860 women. The sample consisted of 86 women, who were randomly surveyed, using, at first, inclusion criteria. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics, applying the Chi-Square Test (X^2). It was verified that 63% of the interviewees informed having suffered domestic violence. As for the assailants, 39% were the women's own partner. Regarding the types of violence, 46% were psychological. In terms of the relationship between variables, statistical significance was found for women's educational level with $p < 0.05$. Results show there is a need for health care services to establish interdisciplinary care as a way to meet the needs of women victims of domestic violence and promote accessibility to protection services.

Descriptors: Violence; Family Health; Domestic Violence.

RESUMEN

Se objetivó investigar la ocurrencia de violencia doméstica entre mujeres en una unidad de salud de la familia de João Pessoa-PB-Brasil. Estudio cuantitativo, sobre población de 860 mujeres, acabándose con 86, investigadas aleatoriamente, utilizándose al principio el criterio de inclusión. Se procedió al análisis e datos mediante estadística descriptiva e inferencial, aplicándose test de Chi-cuadrado (X^2). Se verificó que 63% de las entrevistadas informaron haber sido víctimas de violencia. Respecto al agresor, en el 39% era el propio compañero. Entre los tipos de violencia, en 46% de los casos existió previamente violencia psicológica. Respecto a la relación entre variables, se verificó significatividad estadística en escolarización de las mujeres con $p < 0,05$. Ante esos resultados, resulta clara la necesidad de que los servicios de salud establezcan atención interdisciplinaria como modo de suplir carencias y promover el acceso de las víctimas a servicios de protección contra violencia doméstica.

Descriptores: Violencia; Salud de la Familia; Violencia Doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres representa uma das principais causas de morbimortalidade, sendo a sexual, no âmbito doméstico, a mais grave, tornando-se preocupante perante as autoridades públicas, uma vez que resulta tanto em sequelas físicas quanto psicológicas⁽¹⁾, tornando, desta forma, as mulheres mais susceptíveis a quaisquer problemas de saúde. Esse agravo exerce um importante impacto sobre a saúde, embora as consequências psicológicas sejam mais difíceis de mensurar, tendo em vista que envolve atos e palavras que depreciam a imagem da pessoa diante do agressor e das outras pessoas, comprometendo não só as vítimas, mas também as suas famílias com danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis⁽²⁾.

Por tratar-se de um problema global e antigo, a violência contra mulher nos traz dados mundiais que referem milhões de mulheres que já foram agredidas fisicamente, sexualmente ou já sofreu algum outro tipo de violência, quase sempre cometida por alguém próximo⁽³⁾.

Enfrentado como um problema social da civilização, a violência destaca vários fatores que se inter-relacionam no seu vínculo com sua origem da família patriarcal, envolvendo gênero, educação e sociedade.

A violência doméstica é caracterizada por agressividade e coação que correspondem aos ataques físicos, sexuais e psicológicos de um indivíduo dentro da família, nos quais, em sua maioria, encaixam-se lesões corporais graves causadas por socos, tapas, chutes, imobilizações, espancamentos, queimaduras de genitália e mamas, estrangulamento e ferimentos com armas brancas, sendo os golpes direcionados para o rosto, braços e pernas da vítima⁽⁴⁾.

Um estudo realizado na cidade de Araçatuba (SP) verificou que, de acordo com os laudos periciais, as lesões corporais e maus-tratos têm uma variação na classificação, agente causador, local da prática de violência e idade das vítimas. As regiões da cabeça e pescoço são as mais atingidas em mulheres, independente da idade⁽⁵⁾. Entretanto, reportando-se à violência contra mulher na Estratégia Saúde da Família (ESF), um estudo realizado em Porto Alegre (RS) identificou elevadas prevalências de violências baseadas em gênero e perpetradas pelo companheiro contra as

usuárias, sendo as mais prevalentes a psicológica (55%), física (38%) e sexual (8%)⁽⁶⁾.

Outro estudo realizado em Recife (PE) corrobora esses achados evidenciando a violência psicológica (46,4%), física (35,8%) e sexual (11,1%). Observou-se, portanto, uma alta magnitude do problema entre as citadas usuárias, revelando-se, com isso, a necessidade de reorganização dos serviços de saúde no sentido de identificar os casos e oferecer assistência adequada às mulheres vítimas de violência⁽⁷⁾. Pode-se afirmar que os serviços de saúde são muito procurados por mulheres vítimas da violência, o que insere estes serviços e os profissionais da saúde em lugar de destaque no manejo desses casos tão complexos e prevalentes no Brasil⁽⁸⁻⁹⁾.

Confirmando-se a ideia supracitada, constata-se que as mulheres vítimas de violência procuram os serviços de saúde por causa de problemas advindos da violência sofrida e não para relatar o caso. Por isso, ao atendê-las, é necessário que o profissional da saúde investigue de maneira sutil o motivo da procura a esses locais a fim de tornar mais fácil a notificação dos casos ocorridos na área.

Para a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, a violência sexual é um ato que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal como também participar de relações sexuais usando a força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça que limite ou anule a vontade pessoal, utilizando qualquer outro mecanismo. Se perpetrada por parceiro íntimo, a violência sexual é considerada violência doméstica⁽¹⁰⁾.

O setor saúde é o *locus* privilegiado para identificar, assistir e referir as mulheres vitimadas pela violência, partindo-se do fato de que esta afeta significativamente o processo saúde-doença. Ao longo de suas vidas, as mulheres que vivenciam violência doméstica ou sexual buscam, com mais frequência, os serviços hospitalares e de urgência por apresentar mais problemas de saúde⁽¹¹⁾.

Doutra parte, cabe enfatizar que algumas medidas têm sido propostas para diminuir a invisibilidade de tal problema nos serviços de saúde, embora este seja complexo, assim como sua resolução. Para abordá-lo, acredita-se que o primeiro passo é tirá-lo da invisibilidade. Diante da violência de gênero, a proposta da OMS é que haja capacitação de profissionais para reconhecer e abordar por meio do acolhimento; reconhecer a integridade das mulheres, sujeitos com direitos humanos;

informar sobre todos os recursos existentes da sociedade, tais como: delegacias de mulheres e casas-abrigo; e, reconhecer as situações de risco de vida para que possam protegê-la, articulando seu trabalho com os outros setores da sociedade para melhor atendê-la⁽⁸⁾.

No período de 2003 a 2010, políticas públicas sobre a violência contra a mulher foram estendidas no país, passando, deste modo, a incluir ações integradas. Tais políticas basearam-se na ampliação e estruturação de serviços especializados, garantindo um atendimento integral às mulheres em situação de violência, sendo estes: delegacias da mulher, casas-abrigo, centros de referência, serviços de apoio jurídico, defensorias públicas, serviços policiais, serviços da rede pública de saúde, entre outros, conscientizando e capacitando os agentes públicos para o atendimento e prevenção. Ampliou-se, então, o acesso das mulheres à justiça e no apoio aos projetos culturais e educativos⁽¹²⁾.

Em 2011, foram atendidas mais de 13.000 mulheres vítimas de violências sexuais. A maioria dos casos ocorreu nas residências das vítimas e o agressor geralmente é um amigo da vítima ou da família⁽¹³⁾. Tais resultados confirmam a necessidade de ampliar a qualificação profissional no sentido de capacitar os trabalhadores para lidarem com o fenômeno da violência de gênero, comum no cotidiano da vida das mulheres que buscam os serviços de saúde⁽¹⁴⁾.

Para tanto, é preciso que os serviços de saúde se constituam em um local de acolhimento e elaboração de projetos de apoio às mulheres que se encontram em situação de violência doméstica. Além disso, os profissionais que atuam nesses espaços devem estabelecer com cada mulher uma escuta responsável, expondo as alternativas disponíveis em termos de acolhimento e intervenção pelos mais diversos órgãos, buscando, com isso, alternativas eficazes para cada caso identificado⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

Assim, os profissionais poderão utilizar a Educação em Saúde por ser esta uma tecnologia leve de cuidado que favorece o resgate da autoestima e do equilíbrio emocional, pois são fatores indispensáveis para o fortalecimento da mulher na sua descoberta no que tange às estratégias (rede de apoio, instituições formais, organizações não governamentais) de enfrentamento da violência doméstica. A realização de um trabalho interdisciplinar permite uma divisão racional do trabalho,

aumentando sua eficácia e favorecendo sua produtividade⁽¹⁵⁾.

Considerando-se que a USF é um espaço que pode proporcionar visibilidade ao problema da violência doméstica, até então considerado um assunto privado e a ser resolvido nesta esfera, surgiu o interesse em realizar uma pesquisa relativa a esta temática a fim de ampliar a discussão e estimular novas políticas públicas para se amenizar o sofrimento de tantas mulheres vítimas de violência. Para tanto, pergunta-se: Qual a ocorrência de violência doméstica entre mulheres cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa? Quais os fatores mais evidentes nos casos de violência doméstica contra a mulher?

Nessa direção, esse estudo objetivou investigar os casos de violência doméstica contra mulheres em uma Unidade de Saúde da Família no município de João Pessoa (PB), bem como identificar os possíveis fatores de risco.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado no município de João Pessoa (PB) em uma Unidade de Saúde da Família inserida na Unidade Integrada Viver Bem do Distrito Sanitário IV.

A delimitação do local para realização do estudo se deu a partir da identificação efetiva de um número significativo de mulheres vítimas de violência que procuravam atendimento nesse serviço de saúde, verificado por meio de informações colhidas na Secretaria de Saúde do município.

A população do estudo foi composta por 860 mulheres cadastradas na referida Unidade, conforme informações do SIAB 2011. O cálculo da amostra, de 20%, se deu a partir de parâmetros estabelecidos de frequência estimada de violência contra mulheres, com 95% nível de confiança e 5% da margem de erro, finalizando-se com uma amostra de 192 mulheres.

Foi investigado aleatoriamente o número de mulheres estimadas, embora apenas 86 mulheres vitimadas tenham sido incluídas no estudo a partir da adoção de alguns critérios de inclusão, como: as mulheres deveriam ter, no mínimo 20 anos de idade e estar cadastradas na USF onde fora realizado o estudo.

O instrumento utilizado foi o questionário, disposto em duas etapas: a primeira, continha os dados de caracterização da população investigada que abrangia

idade, estado civil, religião, cor/raça, ocupação, renda familiar; a segunda possuía questões que possibilitavam a associação entre a violência sofrida pelas mulheres e as variáveis independentes. A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho e julho de 2011 e o questionário foi aplicado em local reservado na própria USF sem a presença de acompanhantes, como forma de garantir a privacidade das mulheres e maior veracidade das informações.

Foi definida como variável dependente a ocorrência de violência doméstica e como variáveis independentes o uso de bebida alcoólica, dependência financeira e escolaridade.

Após a coleta, as informações foram armazenadas em banco de dados criado no *Microsoft Office Excel 2007*, onde foram tratadas e agrupadas, eliminando-se os possíveis erros. Após a validação dos dados, estes foram exportados para o *Graph Pad Prism* (versão 4.00) para aplicação do teste estatístico.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial. Inicialmente, as variáveis foram analisadas pela distribuição simples de frequência para, em seguida, verificar a associação entre as variáveis dependentes e independentes utilizando-se o Teste Qui-quadrado (X^2) ou Teste Exato de Fisher. O resultado de cada associação possui uma estatística denominada p-valor. Para os testes realizados, adotou-se p-valor menor ou igual a 0,05 com o nível de significância de 95%.

Para o desenvolvimento deste estudo, as pesquisadoras obedeceram à Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, a qual dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Tal estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba, tendo sido aprovado no dia 31 de maio de 2011, sob protocolo nº 637.

RESULTADOS

Os resultados indicaram que, dentre as 192 mulheres (100%) investigadas, 86 (45%) foram incluídas no estudo. Destas, 54 (63%) informaram já ter sido vítimas de violência e 45 (39%) informaram que os praticantes do ato foram os companheiros, 13 (12%) acusaram os ex-maridos, 12 (11%), os vizinhos e 44 (38%) outros. Nesta última categoria foram incluídas todas as pessoas que não

se enquadravam nas anteriormente citadas, como: patrões e colegas de trabalho, primos, funcionários de empresas públicas e privadas. Os tipos de violência referenciados neste estudo foram: psicológica 53 (46%), física 44 (38%) e sexual 18 (16%).

A Tabela 1 foi gerada para apresentar a estatística descritiva referente ao perfil comparativo do grupo de mulheres vítimas de violência e do grupo daquelas que não foram vítimas de violência a fim de observar a relação de algumas variáveis sociodemográficas consideradas neste estudo. Em geral, a violência ocorria entre as mulheres mais jovens com predominância no grupo com idade entre 30 e 39 anos (40,7%).

Em relação ao estado civil, foi possível observar que as mulheres vítimas de violência apresentaram uma maior proporção quando se diziam compartilhar uma união estável (48,2%). Esse dado mostrou proporção semelhante com o grupo de mulheres que não foram vítimas de violência consideradas neste estudo.

As demais variáveis mostram que o grupo de vítimas de violência em sua maioria disse pertencer ao catolicismo (59,2%) como prática religiosa. Quanto à raça/cor, disseram ser, em sua maioria, pardas (62,9%), tendo como ocupação atividades do lar (46,3%) com renda mensal de até dois salários mínimos (70,4%).

Tabela 1: Perfil das mulheres que sofreram violência na USF Padre Zé III. João Pessoa, PB, 2011.

| MULHERES | VIOLÊNCIA | | NÃO VIOLÊNCIA | |
|--------------------------|-----------|------|---------------|------|
| | N | % | N | % |
| Idade | | | | |
| 20 a 29 | 18 | 33,3 | 12 | 37,5 |
| 30 a 39 | 22 | 40,7 | 9 | 28,2 |
| 40 a 49 | 6 | 11,2 | 3 | 9,3 |
| >50 anos | 8 | 14,8 | 8 | 25,0 |
| Estado Civil | | | | |
| Solteira | 15 | 27,7 | 9 | 28,1 |
| Casada | 13 | 24,1 | 8 | 25,0 |
| União estável | 26 | 48,2 | 15 | 46,9 |
| Religião | | | | |
| Católica | 32 | 59,2 | 19 | 59,3 |
| Evangélica | 17 | 31,5 | 9 | 28,2 |
| Outros | 5 | 9,2 | 4 | 12,5 |
| Cor/Raça | | | | |
| Branca | 14 | 26,0 | 10 | 31,2 |
| Negra | 6 | 11,1 | 6 | 18,7 |
| Parda | 34 | 62,9 | 16 | 50,0 |
| Ocupação | | | | |
| Do lar | 25 | 46,3 | 16 | 50,0 |
| Autônoma | 9 | 16,7 | 8 | 25,0 |
| Doméstica | 20 | 37,0 | 8 | 25,0 |
| Renda familiar | | | | |
| < que 1 salário mínimo* | 13 | 24,1 | 12 | 37,5 |
| Até 02 salários mínimos | 38 | 70,4 | 19 | 59,3 |
| > que 3 salários mínimos | 3 | 5,5 | 1 | 3,1 |

* O salário mínimo de referência em jun./jul. de 2011 é R\$ 545,00.

Na Tabela 2, são descritos os resultados da relação entre as variáveis independentes e a exposição das mulheres à violência na USF pesquisada. No que concerne à condição financeira, a relação dessa variável com a violência vivenciada pelas mulheres participantes deste estudo, não apresentou significância estatística no teste de qui-quadrado.

Quanto ao consumo de álcool, observa-se que, na população investigada, as mulheres que não fazem uso

predominaram nos dois grupos, embora a maioria seja vítima de violência. Nessa relação, o teste também não mostrou significância estatística. Verifica-se ainda que as mulheres de baixa escolaridade, com até oito anos de estudo, vivenciam com mais frequência situações de violência e que nessa associação foi verificado significância estatística com p-valor de 0,029.

Tabela 2: Relação das variáveis independentes segundo a exposição das mulheres à situação de violência no USF Padre Zé III. João Pessoa, PB, 2011.

| MULHERES | VIOLÊNCIA | | NÃO VIOLÊNCIA | | P-VALOR |
|-------------------------------|-----------|------|---------------|------|---------------|
| | N | % | N | % | |
| Dependência financeira | | | | | |
| Dependente | 27 | 50,0 | 17 | 53,1 | 0,15 |
| Não dependente | 27 | 50,0 | 15 | 46,9 | |
| Consumo de álcool | | | | | |
| Uso de álcool | 7 | 12,9 | 3 | 9,4 | 0,61 |
| Não uso de álcool | 47 | 87,1 | 29 | 90,6 | |
| Escolaridade | | | | | |
| < de 4 anos de estudo | 18 | 33,3 | 16 | 50,0 | 0,029* |
| 5 a 8 anos de estudo | 20 | 37,0 | 10 | 31,2 | |
| > 9 anos de estudo | 16 | 29,6 | 6 | 18,7 | |

* p-valor < 0,05.

Os resultados aqui apresentados remetem a algumas questões que, se forem observadas e divulgadas pelos profissionais que atendem as vítimas em serviços de saúde, poderão contribuir para gerar conhecimento acerca da violência doméstica, uma vez que é pouco discutida e que apresenta comprometimento significativo sobre a saúde individual e familiar.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados identificados do total de mulheres que participaram deste estudo, 63% declararam já ter sofrido violência de qualquer natureza ao longo de sua vida. Sabe-se, ainda, que esse número possa ser relativo, pois nem sempre quem sofre violência é capaz de falar sobre este assunto ou até mesmo ir mais além, denunciar o agressor, porquanto muitas vezes há uma dependência sentimental e/ou financeira.

A violência presente às relações de gênero é um sério problema de saúde para mulheres em todo o mundo. Esse tipo de violência, embora seja uma causa significativa de morbidade e mortalidade de mulheres, quase nunca é visto como uma questão de saúde pública⁽¹⁶⁾.

No Brasil, são escassos estudos que mostrem a concretude da problemática como uma forma de se trabalhar o fenômeno, uma vez que a violência contra mulheres constitui uma das principais formas de violação dos direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à sua saúde física e psicológica⁽¹⁾.

No presente estudo, quando é observada a variável referente ao agente agressor, os resultados apontam que o companheiro foi frequentemente citado. Esses resultados corroboram outros estudos desenvolvidos em diferenciados lugares do mundo, os quais evidenciam a violência contra a mulher como um problema presente à maioria das sociedades, sendo o companheiro o principal responsável⁽¹⁷⁾.

De acordo com o relatório anual da Anistia Internacional, divulgado com o lançamento da campanha "Está em suas mãos: pare a violência contra as mulheres" pela Organização Mundial da Saúde, cerca de 70% das mulheres assassinadas no mundo foram vítimas de seus próprios companheiros⁽⁴⁾.

Ainda em um estudo realizado, na cidade de João Pessoa (PB), os dados percentuais encontrados referem uma situação mais agravante, variando de 73% a 80% de mulheres que foram agredidas por

companheiros/esposos ou ex-companheiros⁽¹⁷⁾. Segundo resultados de uma pesquisa realizada em centros de saúde de Ribeirão Preto (SP), a violência psicológica ocorreu pelo menos uma vez na vida, com 41,5%; violência física, com 26,4%; violência sexual, com 9,8%⁽⁹⁾. Verifica-se, neste estudo, que a violência psicológica predominou no grupo investigado, corroborando com os dados encontrados nos estudos supracitados.

As consequências da violência psíquica são muito mais sérias que os danos físicos porque frequentemente desencadeia transtornos psíquicos, como: depressão, ansiedade, fobia, abuso de álcool e drogas, além do estresse pós-traumático⁽²⁾.

Esse tipo de violência apresenta várias formas, entre elas estão: rejeição, depreciação, indiferença, discriminação e desrespeito, as quais sempre deixam marcas e se tornam irrecuperáveis em um indivíduo, antes considerado saudável. Não obstante, ela não vem sozinha; quase sempre está associada às agressões físicas e, em poucos casos, seguida da violência sexual.

De acordo com um estudo realizado em 2008, a violência psicológica foi a mais prevalente entre as mulheres. Esta pesquisa mostra, ainda, que quando a mulher sofre apenas a violência psicológica, esta acontece de maneira mais moderada do que quando é acompanhada dos outros tipos, que quase não acontecem⁽¹⁸⁾.

A prática de violência contra mulheres é uma problemática que envolve vários fenômenos, como: questões de gênero, cultura, economia, relações humanas, entre outros. Não é um problema singular desencadeado por uma causa específica, embora, na maioria das vezes, seja compreendida apenas como uma desigualdade nas relações de gênero, sendo esta maneira encontrada para manter o controle das mulheres numa sociedade sexista e patriarcal.

Neste estudo, o perfil das mulheres vítimas de violência investigadas apresenta semelhanças desse grupo específico com outros grupos investigados em diferentes regiões do Brasil. Inicialmente, observa-se que a variável idade apresentou semelhança em duas faixas etárias da vida, em grupos dos 20 aos 29 anos de idade e dos 30 aos 39. Esses resultados sugerem que a violência contra a mulher perpassa diferentes faixas etárias e momentos da vida da mulher.

Em consonância com este dado, em pesquisa realizada em 2008 no Hospital de Clínicas de Uberlândia (MG), nos anos de 2001 a 2003, e no Posto Médico Legal (PML), nos anos de 2002 e 2003, observou-se também o predomínio de mulheres vítimas de violência com idade dos 18 aos 39 anos⁽⁹⁾. Outra evidência constatada nesta investigação é que a maioria das mulheres que sofreram violência vive em união estável.

Uma pesquisa realizada no Centro de Saúde Distrital de Ribeirão Preto (SP) mostrou que, dentre os vários dados apresentados, foi possível observar que das mulheres que sofreram violência 59,2% viviam com companheiro e 45,4% estavam casadas legalmente⁽⁸⁾.

A violência física na vida adulta vinda de um parceiro, por exemplo, que é a situação mais bem estudada, atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo ao menos uma vez na vida. No Brasil, os estudos de casos são, basicamente, os denunciados nas delegacias de defesa da mulher, o que apresenta um padrão centrado na violência doméstica e o parceiro ou ex-parceiro como o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados⁽¹⁷⁾.

A violência contra a mulher ocorre como reflexo da desigualdade estabelecida historicamente entre homens e mulheres, o que determinou culturalmente a superioridade do homem sobre a mulher. É possível verificar o processo de submissão, o qual a mulher vivencia em diferenciadas faixas etárias e grupos sociais. Em pesquisa realizada com meninas em situação de rua no Rio de Janeiro (RJ), os autores destacaram a cessão das meninas aos meninos (companheiros) quando elas se sujeitavam à aceitação dos mais variados tipos de agressão física e verbal como uma forma de demonstrar compromisso e afeto⁽¹⁹⁾.

Quanto às características sociodemográficas do grupo, foram feitas análises para se averiguar a relação dessas variáveis com a exposição do grupo à situação de violência. Inicialmente, foi visto que a prática religiosa predominante entre as mulheres vítimas de violência foi o catolicismo. De acordo com um estudo realizado em uma comunidade localizada na região metropolitana de Recife (PE), foi constatado também que a Igreja Católica foi a escolhida entre as famílias, onde se identificou o maior percentual de violência doméstica entre as mulheres, pontuando-se em 49,36%⁽²⁰⁾.

No tocante à variável raça/cor, predominou violência no grupo de mulheres que disseram ser da cor parda. Esse

resultado se contrapõe a um estudo feito em um serviço de saúde de Ribeirão Preto (SP), no qual o autor constatou que os casos de violência doméstica entre mulheres usuárias do serviço eram predominantes entre as que diziam ser da cor branca com um percentual de 58,5%, seguidas pelas pardas com 31,3% e pelas negras com 8,7%⁽⁸⁾.

Em relação à ocupação, a maioria das entrevistadas disseram ser secretárias do lar, ou seja, dependem financeiramente de seus companheiros. Sendo assim, a violência prevalece mais nas mulheres do lar, podendo estar associada à proibição imposta pelo parceiro para que elas não procurem sua independência financeira.

Em um levantamento dos casos de violência doméstica atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para mulher em Campinas (SP), foi visto que 32,5% delas são donas de casa ou não têm profissão; 17,4% trabalham em serviços gerais; 6,8% são funcionárias públicas ou professoras. Segundo esses dados, mulheres que desenvolvem atividade profissional remunerada buscam estratégias para enfrentar a situação de violência, além de demonstrar uma atitude mais positiva diante da vida e maior grau de autonomia e autoestima⁽²¹⁾.

Quanto à renda familiar, verifica-se que as mulheres participantes deste estudo possuem um nível baixo, o que confirma outros estudos com mulheres vítimas de violência em que os autores identificaram uma predominância entre o grupo que possuía menos de um até três salários mínimos⁽⁶⁻⁸⁾. Em 2007, um estudo realizado na cidade de João Pessoa (PB) revelou que, entre 2004 e 2005, a média de renda familiar atingiu dois salários mínimos e as classes econômicas de menor poder de consumo foram as famílias que apresentaram mulheres mais acometidas por atos de violência⁽²⁾.

Doutra parte, quando se faz a associação entre as variáveis dependentes, observa-se, nesse estudo, que metade das mulheres sofreu algum tipo de violência e tinha dependência financeira e outra metade dessas mulheres não dependia financeiramente de seus companheiros.

Um dos motivos de as mulheres não abandonarem o companheiro após as agressões foi a dependência financeira, pois elas e os filhos não tinham como sobreviver sem o agressor, o que contribuiu para que

muitas demorassem anos para romper com o círculo violento que estavam sendo submetidas⁽²²⁾.

Durante longos anos, a imagem da mulher tida como sexo frágil, submissa e imperfeita foi introjetada no imaginário social, acarretando prejuízos profundos na configuração do campo da assistência à saúde e da violência doméstica⁽²³⁾.

Considerando-se a variável do uso de bebida alcoólica, observa-se que uma minoria das mulheres faz uso de álcool; portanto, isso não está relacionado com as agressões. Os resultados encontrados neste estudo se assemelham com outros que indicavam também não existir uma relação direta entre violência e comportamento da mulher em ingerir bebida alcoólica⁽²⁰⁻²⁴⁾.

Em relação ao grau de escolaridade das mulheres vitimadas, confirma-se, também, através de dados apresentados em uma pesquisa realizada em Fortaleza (CE), a permanência por um período curto na escola delimita o baixo nível de escolaridade, favorecendo, assim, a situação de violência no grupo investigado, visto que mulheres mais esclarecidas tendem a ter menor grau de tolerância à situação⁽¹⁸⁾. Acrescenta-se, ainda, que as mulheres vítimas de violência estudaram em média seis anos, mesmo constatando-se afirmações de que a violência ocorre com mulheres de todos os níveis educacionais⁽²⁵⁾.

Entretanto, cabe assinalar que a escolaridade só terá significância para violência física quando supre a condição socioeconômica. Mulheres com menor escolaridade (até o primeiro grau) sofrem mais violência física do que mulheres mais instruídas⁽⁸⁾. Pessoas com baixa renda familiar e baixa escolaridade tendem a se tornar mais expostas aos agravos sociais e de saúde, uma vez que esta camada da sociedade torna-se menos favorecida de recursos materiais bem como de informações dos seus direitos sociais.

Diante da análise dos resultados, verificou-se que a violência contra a mulher é um problema atual e efetivo, em que existe um número significativo de mulheres cotidianamente sendo atendidas em serviços de saúde, embora este seja um problema pouco abordado pelos profissionais que ali prestam atendimento. A exposição diária das mulheres aos mais variados tipos de violência torna-as mais vulneráveis ao adoecimento, seja orgânico ou psíquico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa investigação, percebeu-se que esta problemática torna-se um fato real e cotidiano enfrentado por um número significativo de mulheres atendidas na Unidade de Saúde da Família, local de realização do estudo.

Dentre as dificuldades enfrentadas nesta investigação, destaca-se a omissão das mulheres em falar a respeito da problemática, tendo em vista que algumas pessoas convidadas a participarem do estudo, esquivavam-se no momento em que eram abordadas e esclarecidas a respeito da problemática explorada pelo estudo.

Apesar das dificuldades, ficou evidenciado um número considerável de mulheres vítimas de violência praticada de várias formas, ainda que predomine a violência psicológica e que o parceiro seja apontado como principal agressor.

Considera-se, também, que é significativo o número de mulheres vítimas de violência que procuram a USF pesquisada, verificando que a maioria deste grupo possuía união estável, tinha o catolicismo como prática religiosa, era parda, do lar e tinha baixa renda familiar. Ainda se considera que a curta permanência na escola pode ser apontada como um fator de risco para as mulheres sofrerem atos de violência.

Pode-se dizer que, para uma completa assistência à mulher vitimada, é necessária a intervenção de uma equipe interdisciplinar no âmbito da USF para que o atendimento seja eficaz, porquanto isto pode interferir no comportamento das vítimas atingidas pela violência, melhorando seu estado emocional e comportamental.

Fica evidente que a violência doméstica contra a mulher tem-se transformado numa forma cada vez mais brutal e que a oferta de atendimento humanizado às mulheres que passaram situações de violência nos serviços de saúde ainda é um desafio em todos os níveis de atenção.

Diante dessa realidade, faz-se necessário que os profissionais da saúde saibam atender e identificar situações de violência doméstica contra a mulher, oferecendo apoio e compreensão, respeitando o sigilo e a autonomia em relação às suas decisões, preservando as discussões que forem feitas, ouvindo-a com atenção para, assim, aumentar a confiança das usuárias no profissional, facilitando um resgate de história de maus-tratos sofridos

por elas. O profissional da saúde deve estimular e promover o acesso da mulher violentada aos serviços

comunitários de saúde e de proteção contra a violência doméstica.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à Violência contra as mulheres [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2011 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: <http://spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2011/politica-nacional>.
2. Sacramento LT, Rezende MM. Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*. 2006;(24):95-104.
3. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2005 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/impacto_violencia.pdf.
4. Giordani AT. Violências contra a mulher. São Paulo: Yenis; 2006.
5. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 [acesso em: 30 jun 2013];22(12):2567-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>.
6. Kronbauer JFD, Meneghel ST. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 [acesso em: 30 jun 2013];39(5):695-701. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500001>.
7. Gomes APPF. Situação de saúde e violência contra as mulheres no Recife, PE [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
8. Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2006 [acesso em: 30 jun 2013];40(4):604-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500008>.
9. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet] 2008 [acesso em: 30 jun 2013];24(11):2551-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001100010>.
10. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];42(3):591-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300025>.
11. Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];13(3):625-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300024>.
12. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional de enfrentamento à violência contra a mulher [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2007 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf.
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídio de Mulheres no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2012 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: http://mapadaviolencia.org.br/mapa2012_mulheres.php.
14. Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Gender-based violence: conceptions of professionals on the family health strategy's teams. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];19(3):589-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300019>.
15. Parente EO, Nascimento RO, Vieira LJES. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. *Estud Fem* [Internet] 2009 [acesso em: 30 jun 2013];17(2):445-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000200008>.
16. Silva SS, Batista RS, Chaves AEP, Medeiros FAL. Violência doméstica contra a mulher. *Revista Eletrônica de Ciências* [Internet] 2008 [acesso em: 30 jun 2013];1(1):28-34. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAA74IAB/violencia-contra-a-mulher>.
17. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2007 [acesso em: 30 jun 2013];41(6):970-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000600012>.
18. Schraiber LB, d'Oliveria AFPL. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];(14):229-36. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/view/120295>.
19. Penna LHG, Carinhonha JI, Rodrigues RF. Violência vivenciada pelas adolescentes em situação de rua na ótica dos profissionais cuidadores do abrigo. *Rev. Electr. Inf.* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];12(2):301-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i2.5895>.
20. Melo ZM, Caldas MT, Carvalho MMC, Lima AT. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicol Estud* [Internet]. 2005 [acesso em: 30 jun 2013];10(2):201-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200006>.
21. Gadoni-Costa LM, Zugatti APN, Dell'Aglio DD. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. *Estud. psicol. (Campinas)* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];28(2):219-27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200009>.
22. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2005 [acesso em: 30 jun 2013];39(1):108-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000100014>.
23. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egrý EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];17(6):974-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600008>.
24. Labrocini LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadolli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];44(1):126-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100018>.
25. Santana AM. As relações de gênero, sexualidade e violência nos processos de separação/divórcio. *Aurora* [Internet] 2010 [acesso em: 30 jun 2013];IV(6):89-99. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/aurora/article/view/1235>.

Artigo recebido em 16/06/2012.
Aprovado para publicação em 21/11/2012.
Artigo publicado em 30/06/2013.