

O ROSTO DA DOR: UM ESTUDO SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO NORDESTE BRASILEIRO

Pains face: a study about violence against women in a superior degree institution of brazilian north east

El rostro del dolor: un estudio sobre la violencia contra las mujeres en una institución de educación superior en el noreste de Brasil

Nicole Konig Pinto • Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS • Estudante da graduação em Odontologia • nicolekonig62@gmail.com • <https://orcid.org/0009-0001-6418-1133/>

Maria Alice Martins Santos • Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS • Estudante da graduação em Odontologia • alicemsantos14@outlook.com • <https://orcid.org/0009-0004-7683-958X>

Juliana Farias de Pessoa Guerra • Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS • Docente do curso de Medicina • juliana.guerra@fps.edu.br • <https://orcid.org/0000-0003-2387-1362>

Diego Moura Soares • Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS • Docente do curso de Odontologia • diegomsoares@fps.edu.br • <https://orcid.org/0000-0002-9842-6709>

Mariana Maciel Nepomuceno • Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS • Docente do curso de Medicina • mnepomuceno@fps.edu.br • <https://orcid.org/0000-0002-4144-0016>

Autor correspondente:

Nicole Konig Pinto • nicolekonig62@gmail.com

Submetido: 08/10/2024

Aprovado: 22/04/2025

RESUMO

Introdução: O enfrentamento da violência contra a mulher requer abordagem multidimensional, considerando fatores sociais, econômicos, políticos, legais e culturais. **Objetivo:** Identificar a prevalência de mulheres que sofreram violência, em suas várias formas, provocada por parceiro íntimo, que fazem parte da comunidade acadêmica (estudantes e trabalhadoras) da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Metodologia: Desenvolvemos um instrumento de coleta via questionário estruturado. Para análise de dados, inicialmente realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis categóricas. A variável idade foi categorizada baseada na distribuição da frequência de idade da amostra em ≤ 21 anos e > 21 anos. As análises de associação foram feitas através do teste qui-quadrado de Pearson, para as variáveis com frequência esperada foi maior que 5, ou do teste exato de Fisher, para os casos em que haviam células com frequência esperada inferiores a 5. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram conduzidas com o auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 20.0, considerando um intervalo de confiança de 95%.

Resultados: A amostra final foi composta por 208 mulheres com idade média de 25,6 anos. Um total de 93 participantes relatam já ter sofrido algum tipo de violência. Dentre os tipos, a psicológica foi a que apresentou a maior frequência. **Conclusões:** A pesquisa revela a baixa procura de estudantes de saúde por serviços especializados no manejo desses agravos. Os resultados são semelhantes ao de outros estudos, evidenciando a gravidade da violência contra a mulher. Durante a pesquisa, foi desenvolvido um projeto de extensão focado em Gênero, Integralidade e Saúde (GENIS) como uma ação devolutiva à comunidade da pesquisa realizada.

Palavras-Chave: Violência de Gênero; Violência contra a Mulher; Acesso a Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal

ABSTRACT

Introduction: Addressing violence against women requires a multidimensional approach, considering social, economic, political, legal, and cultural factors. This study investigated the prevalence of violence in a higher education institution in Northeast Brazil, highlighting the relationship between health and gender-based violence.

Objective: To identify the prevalence of women who have experienced violence in its various forms, perpetrated by intimate partners, among the academic community (students and workers) of the Faculdade Pernambucana de Saúde. **Methodology:** A data collection instrument was developed using a structured questionnaire. Initially, descriptive statistical analysis was performed to characterize the sample. Absolute and relative frequencies were calculated for all categorical variables. Age was categorized based on the sample's frequency distribution into ≤ 21 years and > 21 years. Association analyses were conducted using Pearson's chi-square test for variables with an expected frequency greater than 5 or Fisher's exact test for cases where cells had an expected frequency below 5. The significance level was set at $p < 0.05$. All analyses were conducted using IBM SPSS Statistics software version 20.0, considering a 95% confidence interval. **Results:** The final sample consisted of 208 women with an average age of 25.6 years. A total of 93 participants reported having experienced some form of

violence. Among the types, psychological violence was the most frequent.

Conclusions: The research reveals a low demand among health students for specialized services in managing these issues. The numbers found are similar to other studies, evidencing the severity of the violence against women. During the research, was developed a extension project focused in Gender, Integrality and Health (GENIS) as a return action to the academic community of this research.

Keywords: Gender-based violence; Violence Against Women; Effective Access to Health Services ; Dental Health Service.

RESUMEN

Introducción: Enfrentar la violencia contra la mujer requiere un enfoque multidimensional, considerando factores sociales, económicos, políticos, legales y culturales. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de mujeres que han sufrido violencia, en sus diversas formas, perpetrada por parejas íntimas, dentro de la comunidad académica (estudiantes y trabajadoras) de la Faculdade Pernambucana de Saúde.

Metodología: Desarrollamos un instrumento de recolección de datos a través de un cuestionario estructurado. Para el análisis de los datos, inicialmente se realizó un análisis estadístico descriptivo con el objetivo de caracterizar la muestra. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para todas las variables categóricas. La variable edad se categorizó basándose en la distribución de la frecuencia de edad de la muestra en ≤ 21 años y > 21 años. Los análisis de asociación se realizaron mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson para las variables con una frecuencia esperada mayor a 5, o mediante la prueba exacta de Fisher para los casos donde había celdas con una frecuencia esperada menor a 5. El nivel de significancia fue $p < 0,05$. Análisis realizados con IBM SPSS Statistics versión 20.0, considerando un intervalo de confianza del 95%.

Resultados: La muestra final estuvo compuesta por 208 mujeres con una edad promedio de 25,6 años. Un total de 93 participantes reportaron haber sufrido algún tipo de violencia. Entre las formas de violencia, la psicológica fue la que presentó mayor frecuencia. **Conclusiones:** La investigación revela una baja demanda de los estudiantes de salud por servicios especializados en el manejo de estos problemas. Los resultados son similares a los de otros estudios, evidenciando la gravedad de la violencia contra la mujer. Durante la investigación, se desarrolló un proyecto de extensión enfocado en Género, Integralidad y Salud (GENIS) como una acción de retorno a la comunidad basada en el estudio realizado.

Palabras clave: Violencia de género; Violencia contra la mujer; Acceso a servicios de salud; Servicios de salud bucal.

Introdução

O enfrentamento da violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores sociais, econômicos, políticos, legais e, principalmente culturais, para que seja desnaturalizada pela sociedade¹. Em 2003, foi promulgada a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de

violência de qualquer natureza contra a mulher². O interesse do estudo “O Rosto da Dor: um estudo sobre violência contra a mulher em uma instituição de ensino superior do nordeste brasileiro”, realizado entre o período agosto de 2021 e julho de 2022, foi investigar a prevalência da violência contra a mulher entre discentes e trabalhadoras em uma instituição de formação de profissionais de saúde. Para investigar a relação entre saúde e violência contra a mulher é necessário compreender as dinâmicas que estruturaram as desigualdades de gênero.

A origem do patriarcado e o modo como esse sistema se relaciona com o machismo se entrelaça com as origens das estruturas que permitem a violência contra a mulher. As diferenças construídas a partir de um processo cultural em torno do que se espera do homem, considerado como um ser superior, e da mulher como um ser inferior, entendidas como a essência do conceito de gênero, resultado de uma sociedade de origem patriarcal em que ao homem foi destinado o poder de dominação, e à mulher, a submissão. As relações de poder e dominação próprias do patriarcado permeiam a sociedade até os dias atuais, uma vez que desde o nascimento é ensinado que os indivíduos devem assumir papéis e estereótipos próprios de cada sexo, favorecendo e enaltecedo o controle masculino na sociedade³. Liz Machado destaca a categoria relacional da “honra” como fundante da construção simbólica dos gêneros no Brasil. Para um homem ser respeitado, deve-se ter o controle de “suas” mulheres e viver a constante ameaça de conflito com outros homens, em nome dessa honra⁴.

Há um vínculo estreito entre agressões físicas a mulheres e feminicídio. Visto que este, quando cometido por parceiro íntimo, geralmente se dá dentro de uma sequência de eventos anteriores de agressão e sem premeditação¹. A violência interpessoal provocada por parceiro íntimo pode ocorrer de diversas formas, sendo elas: patrimonial, moral, psicológica e emocional, sexual e física. Essa modalidade de violência acontece quando é provocada por homens que compartilham da intimidade destas mulheres, ou seja, são maridos, namorados ou companheiros, com quem elas vivenciam uma relação afetiva e que os exercícios de respeito, confiança e afetos são substituídos pela relação de dominação e de poder exercida por esses homens⁵.

Essas agressões podem ou não ocorrer em conjunto, ocasionando o chamado ciclo vicioso. A ocorrência dessa modalidade de violência está enraizada na desigualdade de poder nas relações afetivas, produzindo iniquidades. A invisibilidade desse problema se dá pelo próprio espaço tanto físico quanto simbólico: acontece na esfera da intimidade, dificultando a intervenção do poder público e da própria sociedade⁶.

A integralidade enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural⁷. Por conta disso, violência contra a mulher, no Brasil, é considerada um problema de saúde pública.

Além de haver sintomas psicossomáticos, como por exemplo insônia, irritabilidade, falta de concentração, pesadelos constantes, crise de pânico, medo, ansiedade, sentimento de inferioridade, insegurança e fracasso, baixa autoestima, depressão, uso de drogas e álcool de forma abusiva e desordens alimentares/obesidades que podem ser alguns exemplos de estresse pós-traumático ligado a acidentes e episódios de violência⁸.

Neste estudo objetivamos evidenciar o percentual de mulheres entre estudantes e trabalhadoras de uma instituição de ensino superior de saúde que vivenciaram situações de violência; investigar as principais formas de violência vivenciadas por essas mulheres e também o tipo de relação com o agente provocador da agressão e localizar o espaço em que a violência aconteceu, se em espaço privado (domicílio) ou espaço público.

Metodologia

O estudo teve um caráter tipo observacional, analítico, prospectivo, transversal, com o enfoque em estabelecer a prevalência de mulheres que sofreram violência provocada por parceiros íntimos em suas várias modalidades de apresentação e foi realizado no campus da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), na cidade do

Recife, Pernambuco, Brasil, entre setembro de 2021 a agosto de 2022. A coleta de dados primários foi iniciada somente após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisas da Faculdade Pernambucana de Saúde, segundo o parecer 4993849, CAAE: 51755521.5.0000.5569.

A população de estudo foi composta por estudantes dos cursos de graduação da FPS (odontologia, enfermagem, medicina, psicologia, nutrição e fisioterapia) e trabalhadoras da mesma IES, que aceitaram participar do estudo mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O processo de amostragem foi do tipo não probabilístico e a amostra foi por demanda espontânea sendo de conveniência. Foram incluídas as respostas de estudantes matriculadas no período da coleta de dados desse estudo e funcionárias com idade igual ou maior de 18 anos da FPS. Foram excluídas estudantes afastadas da FPS por decorrência de trancamento de matrícula, por licença médica, ou por licença maternidade, funcionárias da FPS afastadas de suas funções laborais por licença médica, ou por licença maternidade assim como Estudantes e funcionárias que não aceitarem participar do estudo.

As variáveis dependentes foram violência durante relação afetiva (variável qualitativa, nominal, dicotômica, categorizada em: sim e não, mensurada a partir do questionário próprio) e o tipo de violência (variável qualitativa, nominal, categorizada em: física, psicológica, patrimonial, sexual, moral e outros, mensurada a partir do questionário próprio).

As variáveis independentes apresentadas no instrumento de coleta foram tipo de relação com agressor (variável qualitativa, nominal, categorizada em: união estável, casado, divorciado, namorado, convivente, parente, ficante e outros); violência durante a pandemia (variável qualitativa, nominal, categorizada em: sim, não e agravou durante a pandemia); local de ocorrência da violência (variável qualitativa, nominal, categorizada em: ambiente doméstico, ambiente público, ambiente de trabalho, ambiente virtual, prefiro não informar e outros); relato de violência (variável qualitativa, nominal, dicotômica, categorizada em: sim e não); rede de apoio (variável qualitativa, nominal, dicotômica, categorizada em: sim e não); serviço de saúde

(variável qualitativa, nominal, categorizada em: acompanhamento psicológico, hospital, upa, clínica, não procurei, prefiro não informar e outro); idade (variável quantitativa, discreta, expressa em anos completos, definida como intervalo de tempo entre o nascimento até a data da realização da coleta de dados); sexo (variável qualitativa, nominal, dicotômica, categorizada em: masculino e feminino, definida como características biológicas ao nascer); raça (variável qualitativa, nominal, categorizada em: branca, preta, parda, indígena e amarela); filhos (variável qualitativa, nominal, dicotômica, categorizada em: sim e não, expressa um descendente da sua família); estado civil (variável qualitativa, nominal, categorizada em: casado, solteiro, separado, divorciado ou viúvo); relação com a pessoa causadora da violência (variável qualitativa, nominal, categorizada em: casado, solteiro, separado, divorciado, parente e outros definida como o tipo de envolvimento que era mantido entre a vítima e o agressor).

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as variáveis categóricas. A variável idade foi categorizada baseada na distribuição da frequência de idade da amostra em ≤ 21 anos e > 21 anos. As análises de associação foram feitas através do teste qui-quadrado de Pearson, para as variáveis com frequência esperada foi maior que 5, ou do teste exato de Fisher, para os casos em que havia células com frequência esperada inferiores a 5. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$. Todas as análises foram conduzidas com o auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 20.0, considerando um intervalo de confiança de 95%. Baseado na normalidade dos dados foram utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para verificar possíveis associações entre as variáveis.

Resultados

Realizado entre os meses de setembro e outubro de 2021 por meio de questionário online foram coletadas 212 respostas vinda de alunas e trabalhadoras da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Das 212 respostas, 98,1% do sexo feminino, predominantemente da cor branca (68,4%), enquanto pardos foram 22,6%.

A amostra final deste estudo foi composta por 208 mulheres. A média de idade das participantes foi de 25,6 anos (desvio padrão= 9,7), sendo a idade mínima 18 e a máxima 65. A raça branca foi a mais frequente entre as mulheres entrevistadas (n= 143; 68,8%), seguida da parda com 22,1% da amostra (n= 46).

Com relação à variável filhos, um total de 38 participantes relataram ter filhos (18,3%), sendo a média de 1,6 filhos por mulheres (desvio padrão= 0,7) e o número máximo de filhos por mulher incluída neste estudo foi de 3. Um total de 93 participantes o que corresponde a 44,7% relataram já ter sofrido algum tipo de violência.

No que diz respeito ao estado civil, a maioria das mulheres incluídas neste estudo (n=165; 79,3%) relataram estar solteiras no momento da coleta. Após a categorização da variável idade, observou-se que a maioria daquelas que relataram ter sofrido violência apresentavam idade maior que 21 anos, não tinham filhos e se autodeclararam como brancas. Porém nenhuma dessas variáveis apresentou diferença estatística. A tabela 1 apresenta a associação entre ter sofrido violência com as variáveis idade, raça e ter filhos.

Tabela 1. Análise de associação entre ter sofrido violência com as variáveis idade, raça e ter filhos. Recife - PE, 2022.

Variáveis	Violência ⁽³⁾						p-valor
	Sim		Não		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
≤ 21 anos	41	20,0	58	28,3	99	48,3	0,407 ⁽¹⁾
> 21 anos	50	24,4	56	27,3	106	51,7	
Filhos							
Sim	17	8,2	21	10,1	38	18,3	0,997 ⁽¹⁾
Não	76	36,5	94	45,2	170	81,7	
Raça							
Amarelo	2	1,0	2	1,0	4	1,9	0,505 ⁽²⁾
Branco	67	32,2	76	36,5	143	68,8	
Pardo	20	9,6	26	12,5	46	22,1	
Preto	4	1,9	11	5,3	15	7,2	

Nota. ⁽¹⁾ teste qui-quadrado de Pearson;

⁽²⁾ Teste exato de Fisher; * p < 0,05;

⁽³⁾ a frequência relativa foi calculada com base na amostra total.

Dentre os tipos de violência relatados, a psicológica foi a que apresentou a maior frequência (n= 83; 39,9%), seguida da violência moral (n=47; 22,6). O agente agressor da maioria dos casos (n=51; 24,5%) apresentava uma relação de namoro com a vítima. A pandemia do COVID-19 não influenciou no início dos casos de violência na amostra estudada e a maioria das mulheres que sofreram agressão optaram por relatar o quadro para alguém da sua confiança (n=52; 25,0%). Aquelas participantes que tiveram a postura de relatar, optaram em sua maioria relatar para um(a) amigo(a) (n=38; 18,3) e apenas 1,4% informaram a violência aos canais oficiais de denúncia.

O ambiente doméstico foi o local de ocorrência da violência mais indicado pelas participantes (n=31; 14,9%) e a maioria da amostra optou por não procurar um serviço de saúde após ter sofrido violência (n=57; 27,4%). Estes dados podem ser observados de forma detalhada na tabela 2.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa das variáveis avaliadas no estudo. Recife – PE, 2022.

Variável ⁽¹⁾	n	%(2)
Tipo de violência		
Física	21	10,1
Moral	47	22,6
Patrimonial	13	6,2
Psicológica	83	39,9
Sexual	28	13,5
Tipo de relação com o agressor		
Amigo	1	0,5
Ex ficante / Ex namorado	4	1,9
Ex marido	2	1,0
Ficante	16	7,7
Marido	13	6,3
Namorado	51	24,5
Parente	10	4,8
A violência iniciou durante a pandemia (COVID-19)?		
Sim	10	4,8
Não	83	39,9
Se agravou com a pandemia	6	2,9
Relatou que estava sofrendo violência para alguém?		
Sim	52	25,0
Não	46	22,1
Relatou para quem?		
Amigo	38	18,3
Canais oficiais de denúncia	3	1,4
Familiares	20	9,6
Médico	2	1,0
Psicólogo	14	6,7
Outros	4	1,9
Onde ocorreu a violência?		
Ambiente doméstico	31	14,9

Ambiente público	18	8,7
Ambiente de trabalho	2	1,0
Ambiente virtual	11	5,3
Por meio de ligações	1	0,5
Teve algum tipo de rede de apoio?		
Sim	49	23,6
Não	50	24,0
Procurou algum serviço de saúde? Qual?		
Não procurou	57	27,4
Acompanhamento psicológico	25	12,0
Acompanhamento psicológico e hospitalar	1	0,5
Preferiu não informar	2	1,0

Nota. ⁽¹⁾ algumas participantes forneceram mais de uma resposta e/ou não responderam

⁽²⁾ a frequência relativa foi calculada com base na amostra total.

A tabela 3 apresenta a frequência absoluta e relativa da associação entre o tipo de violência e a relação com o agressor. A relação identificada como namoro foi a responsável pela maior frequência de agressões do tipo física (n=10; 4,8%), moral (n=24; 11,5%), psicológica (n=48; 23,0%) e sexual (n=13; 6,2%). Em se tratando da violência patrimonial a relação tipificada como namoro, parente e marido apresentaram uma frequência absoluta de 4 (1,9%), sendo as relações mais frequentes para este tipo de violência.

Tabela 3. Distribuição da frequência absoluta e relativa da associação entre o tipo de violência e a relação com o agressor. Recife - PE, 2022.

Tipo de relação com o agressor	Tipo de violência ⁽¹⁾									
	Física		Moral		Patrimonial		Psicológica		Sexual	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Amigo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
Ex ficante / Ex namorado	2	1,0	2	1,0	0	0,0	3	1,5	1	0,5
Ex marido	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0
Ficante	2	1,0	8	3,8	0	0,0	10	4,8	7	3,3
Marido	3	1,5	8	3,8	4	1,9	11	5,2	3	1,5
Namorado	10	4,8	24	11,5	4	1,9	48	23,0	13	6,2
Parente	4	1,9	4	1,9	4	1,9	9	4,3	2	1,0

Nota. ⁽¹⁾ a frequência relativa foi calculada com base na amostra total.

Discussão

Por conta dos papéis de gênero estabelecidos na construção do patriarcado em nossa sociedade brasileira, a violência passa a ser uma forma de reforço

comportamental. Estereótipos são criados a partir da fragilização e opressão da mulher, enquanto no homem é estabelecida uma ideia de masculinidade violenta, agressiva e imperante. Isso acontece no seio da constituição da família patriarcal. Tal formação acaba por transformar mulheres em vítimas e homens em agressores.

A violência contra a mulher constitui um tema importante na área de saúde pública e, inúmeros são os programas sociais implementados por órgãos governamentais, entidades filantrópicas e organizações não governamentais no sentido de obter estatísticas confiáveis, identificar causas, tratar as vítimas, punir os responsáveis e, principalmente, evitar que novos casos ocorram⁹. Entre eles, pode-se citar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher - Cedaw (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), em 1984, e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – conhecida como "Convenção de Belém do Pará", no ano de 1995¹⁰. Ambos reconhecem que a violência contra a mulher constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, de forma a limitar total ou parcialmente o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades¹¹.

O combate à violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e, principalmente culturais, para que seja desnaturalizada pela sociedade¹². Em 2003 foi promulgada a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher². Essa violência, seja física, psicológica ou sexual, é uma grave violação dos direitos humanos e exige atenção especial dos profissionais de saúde. A notificação compulsória de casos de violência contra a mulher, conforme estabelecido pela Lei nº 13.431/2017 e normativas do Ministério da Saúde, obriga os profissionais de saúde a identificarem, registrarem e notificarem os casos de violência para garantir o acesso da vítima aos serviços de proteção e atendimento adequado. A responsabilidade profissional envolve não só a detecção dessas violências, mas também a garantia do sigilo, a proteção da vítima e o encaminhamento aos órgãos competentes. A negligência na notificação pode resultar em agravos à saúde da mulher, além de contribuir para a perpetuação da violência. O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) reforça que o médico tem o dever de agir com

diligência na identificação de situações de violência, preservando o bem-estar e os direitos das vítimas^{24,25}.

Conforme a lei das contravenções penais, haverá multa ao profissional que deixar de comunicar à autoridade competente o crime de ação pública que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, visto que a ação penal não dependa de protesto da pessoa ofendida¹³.

Em 2006, foi criada a lei nº 11.340¹⁴, conhecida como Lei Maria da Penha, que visa coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. O caso de Maria da Penha Maia Fernandes foi mundialmente evidenciado pela brutal violência provocada por parceiro íntimo contra ela, que devido a tamanha brutalidade ficou paraplégica após ser alvejada por tiros pelo então marido.

O drama da violência contra a mulher é recorrente e aprisionante, abala a autonomia, destrói a autoestima e diminui a qualidade de vida, trazendo consequências imensuráveis a estruturação pessoal, familiar e social. A violência integra situações de agravos físicos, psicológicos e sexuais que contribuem para a depreciação da integridade da vítima, entre as consequências físicas da violência doméstica, podem ser citados cefaleia crônica, lesões permanentes, problemas ginecológicos e morte¹⁵. A experiência do abuso destrói o psicológico da mulher, expondo a mesma a risco mais elevado de sofrer com problemas mentais, depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e drogas^{14,16,17}.

A expressão máxima da violência contra a mulher é o óbito. As mortes de mulheres decorrentes de conflitos de gênero, ou seja, pelo fato de serem mulheres, são denominados feminicídios. Estes crimes são geralmente perpetrados por homens, principalmente parceiros íntimos, e decorrem de situações de abusos no domicílio, ameaças ou intimidação, violência sexual, ou situações nas quais a mulher tem menos poder ou menos recursos do que o homem. No Brasil, no período de 2001 a 2011, estima-se que ocorreram mais de 50 mil feminicídios. Acredita-se que grande parte destes óbitos foram decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher,

uma vez que aproximadamente um terço deles tiveram o domicílio como local de ocorrência¹⁸.

De acordo com o Mapa da Violência 2015 – Homicídio de Mulheres no Brasil, a taxa de homicídios de mulheres no país entre os anos de 2006 e 2013 aumentou em 12,5%¹⁹. Na grande maioria dos estados é possível observar a redução, no período, da taxa de homicídios de mulheres brancas, em contrapartida ao incremento da violência letal contra as mulheres pretas e pardas. Sendo assim, conhecer o perfil de mulheres vitimadas contribui para a geração de ações específicas que reduzam esse tipo de agressão, além de contribuir para a melhoria no atendimento e encaminhamento das vítimas a serviços que melhor se adequem a cada situação de violência¹⁷.

Segundo um estudo com 211 mulheres vítimas de violência doméstica, corpus bastante parecido com o que obtivemos, acerca de suas características físicas e emocionais, foi encontrado: a faixa etária de maior prevalência foi a adulta (78,68%), essas vítimas encontravam-se em sua maioria casadas (45,04%), eram da cor morena/parda (46,44%), 33,17% tinham o ensino médio completo e 56,87% eram donas de casa. Em outro estudo realizado em uma comunidade do Recife/Pernambuco, constituído por mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos, as frequências encontradas para violência por parceiro íntimo, por tipo de violência sofrida, foram: 52,7% emocional; 46,1% física; 16,6% sexual¹⁹. A maioria das mulheres estava na faixa etária de 25 a 49 anos, declararam-se pretas ou pardas, afirmaram ter menos de oito anos de estudo, não trabalhavam, tinham companheiro na época do estudo, tinham filhos e seguiam uma prática religiosa²¹.

Segundo o Ministério da Saúde, as agressões estão, geralmente, associadas a problemas sociais preocupantes, como desemprego, marginalização, desigualdades sociais, uso de álcool e drogas, trazendo impacto à morbimortalidade dessa população¹⁴. No entanto, a amostra estudada, mesmo sendo majoritariamente constituída de camadas sociais de classe média e alta, apresentaram altos índices de violência contra a mulher (VCM).

De forma a acrescentar com os dados encontrados na literatura, o presente estudo evidenciou que, após a categorização da variável idade, a maioria daquelas que

relataram ter sofrido violência apresentavam idade maior que 21 anos, não tinham filhos e se autodeclararam como brancas. E, no que diz respeito ao estado civil, a maioria das mulheres incluídas neste estudo (79,3%) relataram estar solteiras no momento da coleta. É importante lembrar que as camadas sociais da população brasileira que têm acesso à universidade são maioritariamente de origem média e alta, apesar do aumento nas últimas décadas do acesso à educação superior. Reconhecer a presença da violência entre alunas, funcionárias e professoras de instituições de ensino superior é também reconhecer que a violência de gênero atravessa camadas sociais, reforçando a tese de que a violência provocada por parceiro íntimo não possui estereótipos, podendo ocorrer em qualquer setor social.

O cenário imposto pela pandemia do coronavírus (SARS-CoV 2) colocou as organizações e instituições relacionadas à proteção à mulher em estado de alerta tanto pela possibilidade de subnotificação quanto pelas projeções de aumento de casos de agressão contra a mulher provocada por parceiro íntimo em ambiente domiciliar, dentro do contexto de isolamento e de distanciamento social. No entanto, apesar desse dado ser real, nesta pesquisa a pandemia do SARS-CoV 2 não influenciou no início dos casos de violência na amostra estudada.

Nesta amostra de estudo, dentre os tipos de violência relatados a psicológica foi a que apresentou a maior frequência (39,9%), seguida da violência moral (22,6%). O agente agressor da maioria dos casos (24,5%) apresentava uma relação de namoro com a vítima e sendo a relação responsável pela maior frequência de agressões do tipo psicológica (23,0%), moral (11,5%), sexual (6,2%) e física (4,8%). Em se tratando da violência patrimonial, a relação tipificada como namoro, parente e marido foram as mais frequentes para este tipo de violência. Dessa forma é correto dizer que dados fidedignos a respeito da violência contra a mulher são constantemente mascarados, visto que se a vítima não reconhece que está inserida em uma situação de abuso e não procura por canais oficiais de denúncia ou serviços médicos e hospitalares, não há meios de se obter dados epidemiológicos referente a notificação e subnotificação de VCM. Portanto, o fato de a violência doméstica estar restrito à intimidade do casal, é de difícil acesso por órgãos competentes, profissionais capacitados e até mesmo a sociedade como um todo.

Um espelho do fato acima é comprovado por meio de dados deste estudo, que mostra que as poucas mulheres que tiveram a postura de relatar o quadro de violência vivenciada, optou por relatar a alguém de sua confiança (25,0%), em sua maioria para um(a) amigo(a) (18,3%). Muito disso se dá ao fato que os profissionais de saúde, muitas vezes, não se apresentam devidamente qualificados e capacitados para atender e agir diante de casos de violência contra a mulher. As causas para a falta de percepção dos profissionais em casos de violência doméstica se devem a vários fatores, podendo ser citado os mais comuns: o despreparo dos profissionais da saúde, desinteresse ou falta de tempo para escutar o paciente, ater-se somente as lesões físicas e não para os prejuízos psicológicos e a uma cultura patriarcal de que “em briga de marido e mulher não se mete a colher”²².

A falta de canais confiáveis de acolhimento, denúncia e responsabilização e experiências anteriores de denúncia com resultado desfavoráveis às vítimas acaba por desincentivar novas denúncias e perpetuar a invisibilidade e banalização do problema em questão. Os inúmeros casos acabam tratados como de menor importância, sendo vistos como algo banal com o qual temos que conviver, ou então como responsabilidade da vítima por não conseguir sair de um relacionamento abusivo. Por isso, é compreensível que mulheres vítimas de VCM prefiram relatar o quadro de abusos vivenciados para alguém de sua confiança, na maioria dos casos um amigo, a ter que passar pela frustrante experiência de procurar por um canal oficial de denúncia e ou serviços médicos e hospitalares e ter o seu relato invisibilizado e banalizado.

Dados obtidos revelam que apenas 1,4% das mulheres relataram para canais de denúncia e apenas 1,0% tiveram confiança para expor o sofrimento a um médico. Sendo assim, é evidente a necessidade de intervenções públicas a fim de garantir a interferência pessoal da vítima, social e profissional nesse ciclo vicioso e cílico da violência doméstica, pois uma vez que a vítima não reconhece que está inserida em um ambiente violento, o ciclo da relação abusiva se perpetua. Minayo utiliza Domenach para explicar que a sociedade como um todo marginaliza as violências de uma forma a mascarar situações menos escandalosas. Sendo assim, há um vínculo estreito entre agressões e feminicídio. Visto que este, quando cometido por parceiro

íntimo, geralmente se dá dentro de uma sequência de eventos anteriores de agressão e sem premeditação²³.

É de extrema importância que a mulher vítima de violência se sinta segura o suficiente diante de um profissional da saúde para relatar o quadro inimaginável de agressões vivenciadas, para que profissionais da saúde e órgãos competentes consigam produzir indicadores epidemiológicos, a partir de fichas de notificação compulsória, que contribuam para o enfrentamento desse agravio de saúde pública. Para isso, primordialmente é necessário que profissionais da saúde sejam capacitados para entender e agir diante de casos suspeitos e confirmados de violência contra a mulher.

Portanto, faz-se necessário um melhor desenvolvimento e aprimoramento da discussão acerca da violência, suas motivações, causas e consequências, durante os cursos de graduação em saúde, uma vez que um profissional de saúde capacitado pode identificar e agir diante de uma paciente vítima de violência, de forma a intervir no ciclo abusivo o qual a mulher está inserida.

Considerações Finais

Sob o enfoque feminista, compreender as dinâmicas de gênero significa buscar caminhos para a desconstrução dessas desigualdades no âmbito da saúde. Neste sentido, a(o)s profissionais de saúde devem estar qualificados tanto para identificar as situações de violência contra as mulheres, realizando a notificação compulsória e o acolhimento necessário, quanto para construir com elas um posicionamento crítico reflexivo sobre as desigualdades de gênero, legitimadas em nossa sociedade. Sendo assim, este projeto buscou investigar como mulheres que sofreram violência recorreram a serviços de saúde, com ênfase na especialidade procurada.

Pensando nessa questão, dentro da instituição em que foi realizado o presente estudo, foi criado o projeto de extensão GENIS (Gênero, Integralidade e Saúde) que visa discutir, por meio de artigos acadêmicos, as questões que foram pontuadas nesta discussão. O projeto começou no período anterior à coleta desta pesquisa, no formato

de grupo de estudo e, desde agosto de 2021, passou a atuar com público externo, na Escola Estadual Fernando Mota e na comunidade pesqueira da Ilha de Deus, também no Recife. Na escola, são realizadas rodas de conversa com adolescentes da faixa etária de 15-18 anos abordando questões que envolvem orientações sobre transformações no corpo durante a puberdade, iniciação sexual, direitos sexuais e reprodutivos além de orientações sobre saúde reprodutiva. Na Ilha de Deus, o projeto atua com apoio da Unidade de Saúde da Família do território e do Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz - Pernambuco), como parte de ações de pesquisa que instituição desenvolve na comunidade. São ofertados serviços de saúde básicos, como aferição de pressão arterial e medição de glicemia, exames preventivos ginecológicos e rodas de conversa sobre gênero e saúde.

Referências

1. Saliba O, Garbin CAS, Morais JB, Garbin AJI, Dossi MO. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
2. Brasil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Dispõe sobre a organização do Sistema de Saúde no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 25 nov 2003; Seção 1:11-2. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10778.htm
3. Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26:5003-12. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.02472020>
4. Santos VF. Gênero, masculinidades, violências. *Rev Todavia*. 2010;1(1):119-24.
5. Godinho MI. A violência simbólica contra a mulher: do espaço doméstico à universidade. *Rev Inst Políticas Públicas Marília*. 2020;6(1):9-20. <https://doi.org/10.36311/2447-780X.2020.v6.n1.02.p9>
6. Vigário CB, Paulino-Pereira FC. Violência contra a mulher: análise da identidade de mulheres que sofrem violência doméstica. *Rev Psico [Internet]*. 2014;5(2):153-72. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1483>
7. Souza MC, Cavalcanti RL, Silva AAS, Costa L, Lima ACS. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Mundo Saúde*. 2012;36(3):452-60.

8. Silva EDM. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. *Scire Salutis*. 2019;9(3):22-32.
<https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0004>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 2^a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
10. Maito DC, Cordeiro DL, Balbinot AD, Barlem ELD, Santos JLG, Barlem JGT. Construção de diretrizes para orientar ações institucionais em casos de violência de gênero na universidade. *Interface* (Botucatu). 2019;23:e180653.
<https://doi.org/10.1590/Interface.180653>
11. Alves FM. Lei Maria da Penha: das discussões à aprovação de uma proposta concreta de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. *Jus Navigandi* [Internet]. 2006 [citado 22 set 2022]. Disponível em:
<https://jus.com.br/artigos/8692>
12. Saliba O. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7.
13. Brasil. Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das contravenções penais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm
14. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União*. 2006 ago 8; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
15. Netto LA, Oliveira ASS, Marques WF, et al. Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):458-64.
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400075>
16. Day VP, Oliveira RZ, Silva TCF, Lima EF. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev Psiquiatr RS*. 2003;25(Supl 1):9-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/5SdJkYSszKYNdzctfb RTL/?format=pdf&language=pt>
17. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SGC. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(3):799-809.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300030>
18. Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Höfelmann DA. Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); [citado 19 set 2022].
19. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no

Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA; 2016. [citado 19 set 2022].

20. Pasqualli ES, Piardi CC. A odontologia e a violência contra a mulher: uma revisão de literatura. Centro Universitário UNICFAVEST; 2020. [citado 19 set 2022].
21. Araújo SMC, Rabello PM, Soriano EP, Moreira MHB, Bento MIC, Almeida AC. Violence against women: a literature review. *Res Soc Dev.* 2021;10(14):e29101421616. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21616>
22. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública.* 2006;22(12):2567-73.
<https://doi.org/10.7476/9788575413807>
23. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).
24. Brasil. Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017. Trata da rede de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência. Diário Oficial da União. Brasília, 4 abr 2017; Seção 1:1-2. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13431.htm
25. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.217, de 1º de agosto de 2018. Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília, 1 ago 2018; Seção 1:1-10. Disponível em:
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2018/2217_2018.pdf