



VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: A GÊNESE, AS IMPLICAÇÕES E A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Allâny Rebecka Nascimento de Sales¹
Maylle Tallyta Oliveira Cavalcante²
David Emanuel Alves Teixeira³
Lívia Oliveira Moura dos Santos⁴
Mikaela Clotilde da Silva⁵

RESUMO

A violência contra a mulher é definida como um ato que provoque ou busque provocar danos físicos, sexuais, morais, patrimoniais e psicológicos em vítimas do gênero feminino. No mundo, 69% das mulheres sofrem ameaças de agressão e 25% da população feminina é vítima de violência sexual. No Brasil, a cada 15 segundo uma mulher é espancada e, entre 1980 e 2010, 92 mil mulheres morreram no país. A metodologia escolhida foi a revisão integrativa, com a seguinte questão norteadora: “de que forma surge a violência contra a mulher, quais suas consequências e que papel os profissionais da saúde podem desempenhar no combate aos abusos contra mulheres?”. As buscas foram realizadas nas bases PUBMED, MEDLINE e BVS com os descritores “health personnel” AND “violence against women” AND “gender-based violence”. As agressões contra mulheres surgem de relações de poder construídas pelos papéis sociais de gênero, por isso também é chamada de violência de gênero. Ela provoca consequências como depressão, ansiedade, lesões físicas e morte, tanto por suicídio quanto por homicídio. Essas implicações geram enormes custos sociais e econômicos, em especial, com os serviços de saúde, pois os ambientes hospitalares viram rotas de passagem para essas vítimas. Isso torna a posição dos profissionais da saúde privilegiada, mas eles relatam superlotações, falta de tempo e de estrutura física, e, principalmente, alegam receber formações insuficientes sobre o tema, sendo necessário, portanto, cursos intensos e aprofundados sobre o assunto para esses trabalhadores.

Palavras-chave: Violência, Mulher, Gênero, Patriarcado, Profissionais da saúde.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida como qualquer ação que provoque ou objective provocar danos físicos, sexuais, morais, patrimoniais e psicológicos para a vítima de gênero feminino. Existem outras formas de violência as quais coincidem, em vários momentos, com o conceito de violência contra a mulher, como a violência doméstica, as agressões intrafamiliares e a violência por parceiro íntimo (VPI). Isso acontece porque, embora esses modos de abuso não possuam um gênero pré-determinado, a grande maioria das vítimas são mulheres. Essa situação fica clara, por exemplo, com o fato de que 39% dos assassinatos de

¹Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, allanyrsales@gmail.com;

²Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE,mayllecavalcante@gmail.com

³Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE,drdavidemanoel@gmail.com;

⁴Graduando do Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE,liviamoura0911@gmail.com;

⁵Orientador: Mestrando, Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, mikaelacs29@gmail.com.



mulheres são cometidos por parceiros íntimos, ou seja, consequências de VPI e essa porcentagem é 6 vezes maior do que na população masculina (LAWRENZ et al., 2018; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018;).

A agressão contra a mulher surge de papéis de gênero lapidados por uma sociedade de base patriarcal, que tornam o corpo, o qual desempenha o papel social de ser mulher, submisso e território sujeito a domínio. Já a posse e a dominação desse corpo-território feminino, são atribuídas ao indivíduo que exerce o papel social de ser homem. Dessa forma, a violência contra a mulher emerge de relações de poder associadas aos papéis de gênero, por isso ela também é chamada de violência de gênero (ALMEIDA, 2014; BANDEIRA, 2014; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; SAMMUT et al. 2019; CARLSON et al., 2020). Devido a tudo isso, o abuso contra a mulher é diferente das agressões comuns, pois nele o violentador não enxerga o corpo-território feminino como possuidor de direitos e condições humanas iguais ao seu. Em outras palavras, a violência contra a mulher é legitimada por uma “permissão social”, por isso ela é tão difícil de ser combatida e tão prevalente nos mais variados estratos sociais, raciais e culturais, a ponto de ser uma espécie de “pandemia social” (BHORA et al., 2015; SAMMUT et al. 2019; CARLSON et al., 2020; ALMEIDA, 2014).

No mundo, 69% das mulheres sofrem constantes ameaças de agressão; além disso, acredita-se que 25% dos indivíduos do gênero feminino tenham sido vítimas de violência sexual. Ademais, na Inglaterra, pesquisas indicam que 1 a cada 3 mulheres sofra algum tipo de abuso perpetrados por parceiros íntimos, dado semelhante ao da taxa mundial de VPI, a qual está próxima de 35% da população feminina. O Brasil não é imune a essa “pandemia social”, pelo contrário, o país ocupada a quinta posição, de um total de 84 países, em número de homicídio de mulheres. Além disso, a cada 15 segundos uma mulher é espancada no Brasil, que registrou, entre 1980 e 2010, a morte de 92 mil mulheres, dentre as quais 68% foram assassinadas em suas próprias residências e, na faixa etária de 20 a 49 anos, 65% dos homicídios foram realizados por parceiros (SILVA; OLIVEIRA, 2016; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; SANTAMBROGIO et al., 2019; BHORA et al., 2015; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018).

Assim, a violência contra a mulher é prevalente e provoca inúmeras consequências físicas, psicológicas, sexuais e, até mesmo, a morte, tanto por suicídio quanto por assassinato. As lesões físicas são 3 vezes mais comuns em mulheres; nos EUA, os ferimentos advindos dessa violência são responsáveis por 2 milhões de lesões por ano. Também é bastante prevalente as implicações psicológicas, como depressão e ansiedade (ORAM; KHALIFEH;



HOWARD, 2016; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; SANTAMBROGIO et al., 2019). Devido a essas consequências, a violência contra a mulher gera enormes custos sociais e econômicos, especialmente com serviços de saúde, já que a vítima acaba precisando de auxílio médico-hospitalar. Essa situação transforma os ambientes de saúde em rotas de passagem para a vítima e fornece, aos profissionais da área, uma posição privilegiada, por isso formações aprofundadas sobre esse assunto são necessárias para esses trabalhadores (MENEGHEL; PORTELLA, 2017; PATHAK; DHAIRYAWAN; TARIG, 2019; SANTAMBROGIO et al., 2019; BHORA et al., 2015; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2015; ARKINS; BEGLEY; HIGGINS, 2016). Assim, a violência contra a mulher configura uma “pandemia social” e um grave problema de saúde pública, por isso o presente estudo buscou identificar como surge e manifesta-se essa violência, assim como também entender as consequências geradas por ela e o papel que os profissionais da saúde podem desempenhar para o combate dessa aniquilante e desumana forma de violência.

METODOLOGIA

O método escolhido, para a realização da pesquisa, foi a revisão integrativa. Por meio dessa metodologia, é possível envolver, seguindo cuidadosamente os passos da produção científica, as principais características do tema em interesse. Na primeira etapa foi definida a pergunta norteadora, a qual foi: “de que forma surge a violência contra a mulher, quais suas consequências e qual papel os profissionais da saúde podem desempenhar no combate aos abusos contra mulheres?”. Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão, que seriam artigos em inglês, português e espanhol, os quais estivessem disponíveis completos e online, além de terem sido publicados entre 2014 e 2020. Ainda nessa etapa foram determinados os critérios de exclusão, que foram os relatos de caso, relatos de experiência e editoriais.

Na terceira etapa foram definidas as plataformas de busca para a pesquisa dos dados, sendo elas a PUBMED, a MEDLINE e a biblioteca virtual de saúde (BVS). A busca online ocorreu entre abril e maio de 2020 e foram utilizados os seguintes descritores: “health personnel” AND “violence against women” AND “gender-based violence”. Com a busca foram identificados um total de 58 artigos, os quais tiveram títulos e resumos lidos pelos investigadores, a fim de melhorar a confiabilidade da base de dados. Depois disso, os artigos selecionados foram filtrados pela segunda vez por meio de uma leitura minuciosa, com o



objetivo de identificar aqueles que atendiam aos critérios de inclusão e tinham ligação com o tema central. Em seguida, foi realizada uma transcrição sistemática das informações obtidas para facilitar a organização dos dados de forma correta, além de também terem sido realizadas buscas manuais de outros artigos que pudessem acrescentar a produção da pesquisa e que possibilitassem atingir o objetivo do presente estudo, ou seja, de sintetizar os dados que mostrassem os entendimentos sobre de que modo surge a violência contra a mulher na sociedade atual e suas consequências, assim como também compreender o papel dos profissionais da saúde no combate à violência de gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MÚLTIPLAS FACES DE MANIFESTAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher, ou violência de gênero, as quais são citadas como sinônimos em diversos trabalhos, é um conceito amplo, no qual podem ser incluídos, em parte, várias outras denominações de violência, como por exemplo a violência doméstica, a intrafamiliar e a por parceiro íntimo (VPI). Isso acontece porque, percebeu-se que a grande maioria das vítimas dessas várias formas de abuso eram mulheres (SAMMUT et al., 2019).

A violência contra indivíduos do sexo feminino pode manifestar-se de diversas formas, como no âmbito psicológico, sexual, físico, patrimonial e moral. O abuso psicológico ou emocional é o uso da comunicação verbal ou não-verbal com o objetivo de prejudicar e exercer controle sobre a vítima, além de ser quase sempre associada com outras forma de agressão. Um grande desafio em relação a essa forma de violência, é o fato de muitas vezes a vítima não entender que aquilo é um tipo de abuso, embora os impactos sejam extremamente significativos (ARKINS; BEGLEY; HIGGINS, 2016; SANTAMBROGIO et al., 2019; PATHAK; DHAIRYAWAN; TARIG, 2019). O abuso sexual é definido como ato sexual ou libidinoso cometido contra a vítima sem o seu consentimento ou sem sua possibilidade de consentir, devido ao uso de álcool ou outras substâncias, por exemplo. Em uma pesquisa intitulada de “Pesquisa Nacional Americana de Violência Contra a Mulher”, houve uma prevalência de 25% das mulheres sendo vítima de abuso sexual contra 7,6% dos homens sendo vítimas do mesmo tipo de violência. Quando se busca a prevalência desse tipo de agressão dentro da VPI, os números são ainda mais alarmantes, já que se estima uma prevalência de 71% . Além disso, a violência sexual é bastante estigmatizada na sociedade



atual, facilitando a culpabilização da vítima e impunidade do agressor, especialmente se o perpetrador for parceiro ou ex-parceiro da vítima (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; PATHAK; DHAIRYAWAN; TARIG, 2019; SANTAMBROGIO et al., 2019).

Ademais, há a violência física, a qual ocorre quando existe o uso intencional da força física com objetivo de provocar danos na vítima, como lesões, dor, incapacidade e até mesmo a morte. As ações podem ser, por exemplo, o ato de empurrar, morder, sufocar, estrangular, diferir socos, chutes e lançar objetos, assim como também o uso de armas de fogo contra a agredida. Essa modalidade de abuso é uma das mais comuns e é comprovada com o fato de uma a cada três mulheres ser vítima de violência física e sexual pelos parceiros; além disso, segundo relatórios do Reino Unido, mais de 50% das mulheres assassinadas possuem parceiros e ex-parceiros como autores dos crimes. No Brasil, a cada 15 segundos uma mulher é estrangulada e, de 1980 até 2010, 92 mil mulheres foram mortas, com 68% desse total tendo sido assassinada dentro da própria residência. Por tudo isso, é que as mulheres possuem 3 vezes mais chances de sofrerem lesões físicas e temem, 5 vezes mais que os homens, perderem a vida (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; PATHAK; DHAIRYAWAN; TARIG, 2019; SANTAMBROGIO et al., 2019; GUIMARÃES, PEDROZA, 2015). A violência patrimonial representa atos de retenção, subtração ou destruição de objetos, documentos, bens e valores pertencentes à vítima, assim como também a tentativa de lesioná-la financeiramente. E, por fim, a violência moral, a qual é definida como qualquer ato de calúnia, injúria ou difamação sobre a mulher, com a intenção de ofendê-la e prejudicá-la (GUIMARÃES, PEDROZA, 2015).

A GÊNESE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência contra a mulher é real, prevalente, absurdamente danosa e um problema de saúde pública. Porém, para o entendimento socio-filosófico desses abusos, é necessário, antes de tudo, compreender que sexo é diferente de gênero. O sexo remete ao conceito biologicista natural de macho e fêmea, enquanto gênero é advindo de uma construção social, portanto diferente entre culturas e momentos históricos. Em outras palavras, o gênero representa papéis sociais produzidos e reproduzidos por uma sociedade ocidental baseada no patriarcado e que são impostos para serem seguidos. Nesses papéis a serem desempenhados, o gênero feminino é delegado à subordinação e ao entendimento de que corpos com esse papel social é território suscetível à posse; ao passo que, ao gênero masculino, é destinado a dominação e a posse



territorial do corpo feminino/feminizado (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016).

A violência é um fenômeno biopsicosocial e surge como uma manifestação de poder. Tratando-se da agressão contra a mulher, esse poder é legitimado na construção social dos papéis de gênero, como citado acima. Porém, o poder delegado ao gênero masculino mediante o papel social, necessita de periódica reafirmação, especialmente na sociedade atual, na qual alterações políticas, econômicas e sociais tem mudado o nicho de atuação da mulher. Assim, diante da sensação de perda de poder e na busca de reafirmar e re-legitimar a subordinação feminina, emerge a violência contra a mulher, também chamada de violência de gênero devido a sua associação com esses papéis sociais (SAMMUT et al. 2019; BANDEIRA, 2014; ALMEIDA, 2014; CARLSON et al. 2020). A violência contra indivíduos femininos é diferente do abuso comum, pois mesmo esse abuso partindo do desejo de aniquilação subjetiva do outro, esse outro ainda é visto como um ser igual, enquanto pessoa e condição humana. Já em relação à violência contra a mulher, devido ao fato do corpo feminino ser entendido, por causa dos papéis de gênero patriarcais, como subalterno, territorial e inferior, a mulher não é vista como um igual pelo homem agressor (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; ALMEIDA, 2014; BANDEIRA, 2014).

Dessa forma, a violência contra a mulher não representa um desvio patológico individual, mas sim uma manifestação de poder subsidiada por uma “permissão social” acordada, desde muito tempo, pelos portadores de papéis sociais masculinos. É devido a isso, que a revitimização da mulher agredida ainda é tão presente, com a vítima sendo questionada e culpabilizada pela situação, enquanto se subtrai a culpa do agressor. Em outras palavras, o violentador possui direta ou indiretamente “aliados” em vários âmbitos, o que contribui para a impunidade do perpetrador e novas agressões (BOHRA et al. 2015; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; BANDEIRA, 2014, ALMEIDA, 2014; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016). Além de não fazerem distinção de idade ou status socioeconômico, as questões de gênero e relação de poder estão presentes em basicamente todas as sociedades do mundo. Dessa forma, a violência de gênero comporta-se como uma “doença” de grandes proporções, espalhada por vários países e continentes, representando, assim, uma espécie de “pandemia”, na qual o agente patogênico da “doença” não é biológico, mas sim social (MAGALHÃES; MACHADO, 2014; BANDEIRA, 2014; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; ALMEIDA, 2014).



AS CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A agressão contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, uma espécie de “pandemia social” normalizada, um problema de saúde pública e a responsável por inúmeros danos para as mulheres, tanto a curto quanto a longo prazo (SAMMUT et al., 2019; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016).

As lesões físicas são as consequências mais rápidas e evidentes da violência contra as mulheres. Segundo Mckibbin e Gil-Hopple (2018), em mulheres na faixa etária de 18 a 44 anos, os ferimentos físicos têm, como principal agente, o parceiro ou ex-parceiro da vítima. Nos Estados Unidos da América (EUA), a violência perpetrada por companheiros das mulheres agedidas, provoca um total de 2 milhões de lesões físicas por ano. Essas lesões podem ser hematomas, traumas buco-maxilo, entorse, desmaios, convulsões, dores crônicas e até distúrbios gastrointestinais, os quais, inclusive, são muito associados à violência sexual (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018). Além disso, as consequências físicas da violência contra a mulher podem ultrapassar todos os limites e cruzar a linha da vida, provocando a morte. O assassinato de uma mulher baseado, simplesmente, no fato da vítima desempenhar o papel social do gênero feminino, é denominado de feminicídio. Inclusive, muitos estudiosos do assunto sugerem o termo “femigenocídio”, já que essa violência é barbárie, embora varie com a sociedade e momento histórico, atinge todas as mulheres independente da raça, do poder socioeconômico ou status social. As prevalências desse tipo de homicídio são assustadoras, no Brasil, por exemplo, de 1980 a 2010, a taxa de assassinato de mulher saiu de 2,3/100.000 para 4,3/100.000, o que representou um aumento de 111%. Segundo Oram, Khalifeh e Howard (2016), 77% do total de homicídios que tinham sido precedidos por processos de separação, 62% eram de mulheres (MENEGHEL; PORTELLA, 2017; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; BANDEIRA, 2014; ALMEIDA, 2014; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018).

Além disso, existem as consequências psicológicas, as quais resultam tanto de violência física, quanto da moral, sexual e psicológica e possuem alta prevalência, estima-se que 55% das vítimas de violência doméstica possuam algum diagnóstico do DSM-IV (manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais) (ARKINS; BEGLEY; HIGGINS, 2016; SANTAMBROGIO et al. 2019; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016). O transtorno de estresse pós-traumático, a depressão e a ansiedade são os mais prevalentes, inclusive,



acredita-se que a vítima de violência por parceiro íntimo (VPI), possui 6 vezes mais chance de deprimir-se, com a depressão tendo uma prevalência de 47,6%, por isso que VPI é considerada um fator preditivo para depressão e ansiedade. Ademais, o sofrimento psicológico do qual a mulher torna-se presa, também aumenta as chances da vítima fazer uso de substâncias psicotrópicas, segundo Oram, Khalifeh e Howard (2016), cerca de 4 vezes mais que um indivíduo não-vítima (MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; SANTAMBROGIO et al. 2019; BHORA et al., 2015; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016). Dentro desse contexto, é importante salientar que as mulheres com distúrbios psicológicos possuem maior probabilidade de serem vítimas de violência, ou seja, entra-se em um ciclo de agressão (BHORA et al., 2015; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; SANTAMBROGIO et al., 2019).

Além disso, as vítimas de violência, que apresentam sofrimento psicológico, são mais propensas a tornarem-se agressivas com os filhos, estima-se que 37,46% dos abusos contra crianças são implicações de mães agredidas por parceiros, em uma espécie de díade de violência. Ou seja, outra consequência é a transferência de frustrações e necessidade de dominação da mulher agredida em relação à criança. Ademais, sendo a família a primeira instituição social da qual se faz parte, presenciar a mulher/mãe ser agredida pelo homem/pai é fator preditivo de vitimização futura para meninas e de um futuro adulto agressor para os meninos (CARLSON et al., 2020; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015). Ainda nas consequências psicológicas, existem as tentativas de suicídio e o suicídio consumado, pois o sofrimento emocional e a sensação de não ter saída tornam-se enormes, em especial se a mulher é alvo de um combo de formas de violência (SANTAMBROGIO et al., 2019; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015). Além de todas essas implicações, também existem as relacionadas com a saúde sexual e gestacional da vítima. As agressões podem provocar sangramentos vaginais, dismenorreia, dor pélvica crônica, infecções sexualmente transmissíveis, pré-eclâmpsia, hemorragia pré-natal, além de também promover abortos, partos prematuros, lesão fetal e baixo peso ao nascer (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015).

Dessa forma, percebe-se que a violência contra a mulher provoca inúmeras consequências para a saúde da vítima, em vários âmbitos, chegando a promover, inclusive, a morte, seja por feminicídio seja por suicídio. Toda essa situação estimula, antes de um desfecho fatal, a busca por instituições médica-hospitalares, segundo Santambrogio et al.



(2019), as mulheres vítimas de VPI procuram 3 vezes mais o pronto-socorro do que as não-vítimas e isso implica em gastos, ainda segundo esses mesmo autores, gasta-se 92% a mais com mulheres agredidas por parceiros do que com as que não são. Assim, torna-se evidente que as agressões contra mulheres geram enormes custos econômicos e sociais, tanto com a saúde, como já foi citado, quanto com serviços jurídicos e policiais, quando ocorre a denúncia contra o agressor, inclusive, estima-se que os EUA, por exemplo, gastem 8,3 bilhões de dólares por ano com mulheres vítimas de agressão (MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; SANTAMBROGIO et al., 2019; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e provoca consequências físicas, psicológicas, sexuais e, até mesmo, a morte, por isso ela configura como um determinante de saúde. Além disso, essas agressões, contra indivíduos de papel social feminino, geram inúmeros custos econômicos com as despesas judiciais, serviço social, sistema penitenciário e, principalmente, com os serviços médico-hospitalares, já que eles representam um destino comum entre as várias vítimas dessa violência. Dessa forma, os abusos contra corpos femininos, constituem, nitidamente, um grave problema de saúde pública (AHMAD et al., 2017; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; ARKINS; BEGLEY; HIGGINS, 2016).

Como os ambientes médico-hospitalares são rotas de passagem das vítimas dessa forma de agressão, situação evidenciada, por exemplo, no estudo de Santambrogio et al. (2019), no qual se estima que 42-66% das mulheres mortas por parceiros íntimos necessitaram de algum tratamento hospitalar nos 12 meses anteriores ao assassinato, os profissionais da saúde possuem, então, uma posição privilegiada de contato com essas vítimas (SAMMUT et al., 2019; SANTAMBROGIO et al., 2019). Porém, a formação dos profissionais da saúde ainda é bastante biomédica com foco apenas em diagnóstico e conduta, até mesmo na área de saúde mental, na qual estudos sugeriram que apenas 10-30% das vítimas de violência doméstica são identificadas por profissionais dessa área, embora a prevalência seja absurdamente alta nesse ambiente (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; AHMAD et al., 2017; ARKINS; BEGLEY; HIGGINS, 2016). Ademais, os profissionais relatam em várias pesquisas que não tiveram capacitações suficientes para exercerem na prática a teoria repassada, assim como muitas vezes, especialmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento como o



Brasil, falta estrutura física nos ambientes hospitalares para estabelecer uma privacidade com a vítima, além de recorrentes superlotações dos serviços de saúde, o que reduz a disponibilidade de tempo. E, por fim, esses profissionais também citam a falta de integração entre os vários serviços necessários para o auxílio à vítima, como o serviço social e policial (SAMMUT et al., 2019; ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018).

A formação para o profissional da saúde, sobre como identificar e agir diante de uma possível vítima de agressão, deve expor a necessidade de estabelecer contato com a vítima, não julgá-la e examiná-la com atenção, estudos sugerem que as mulheres examinadas cuidadosamente tinham 4 vezes mais chance de contarem que eram agredidas do que aquelas as quais passaram por simples cuidados técnicos habituais (ORAM; KHALIFEH; HOWARD, 2016; BHORA et al., 2015). Também é necessário que a formação ensine sobre indicadores de agressão, a fim de que o profissional saiba quais pacientes possuem maior probabilidade de serem vítimas de violência e, apenas depois disso, seja realizada a triagem (AHMAD et al., 2017; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018). Esses indicadores de abuso são, por exemplo, estrangulamento associado à lesões no antebraço, as quais podem sugerir uma luta de defesa. Lesões que não se associam bem com a história contada pela paciente, múltiplos ferimentos em vários estágios de cura evidenciando que eles são constantes, são bons indicadores de violência. Ademais, ferimentos os quais a mulher tenta esconder com roupas e maquiagem ou machucados que possuem padrões, como por exemplo marcas de cinto, também são fatores indicativos de possível agressão (SANTAMBROGIO et al., 2019; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018). Além desses indicadores físicos de abuso, também existem os emocionais. O medo excessivo do parceiro, a hipervigilância do companheiro em relação à mulher, paciente com angústia excessiva, muitas vezes com uma preocupação incompatível com o ferimento, e a demora para buscar tratamento médico para as lesões, são indicativos de abuso (AHMAD et al., 2017; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; SANTAMBROGIO et al., 2019).

Ao serem encontrados indicadores de violência, é preciso que o profissional da saúde realize a de triagem sem pressa, estabelecendo contato com a vítima, passando confiança, empatia e sempre respeitando a autonomia da mulher, inclusive, na possível recusa da vítima de denunciar. Porém, independente da forma como a paciente vai comportar-se, é preciso informar sobre onde buscar ajuda, relatar sobre as formas de violência para que ela saiba todas as maneiras possíveis de agressão, isso porque, em uma pesquisa sobre a Lei Maria da



Penha realizada no Brasil com 11.340 pessoas, apenas 6% referiram-se ao abuso moral e sexual e nenhuma citou a violência patrimonial contra a mulher (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; SANTAMBROGIO et al., 2019). Mas, antes de tudo, é absurdamente necessário que o profissional, frente a uma possível vítima de violência, saiba que, diante de uma realidade na qual, como citado acima, até 66% das mulheres mortas por parceiros íntimos buscaram algum tratamento médico nos últimos 12 meses antes do homicídio, essa triagem para aquela mulher pode representar uma linha tênue entre a vida e a morte (AHMAD et al., 2017; MCKIBBIN; GIL-HOPPLE, 2018; SANTAMBROGIO et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, notou-se que a violência contra a mulher emerge de uma construção social de papéis de gênero, que advêm de uma sociedade patriarcal e, por isso, torna o corpo com papel social feminino subordinado e possuído pelo indivíduo de gênero masculino. Nessas agressões, o abusador não entende o corpo feminino como possuidor de direitos e condições humanas iguais ao seu. Assim, surge a violência contra a mulher, a qual pode manifestar-se em vários âmbitos e é responsável por inúmeras consequências para a vítima, para a sociedade e para o estado, levando a grandes custos econômicos, principalmente, com os serviços de saúde. Isso porque, a vítima adquire implicações como depressão, ansiedade, lesões físicas, sexuais e a morte, tanto por feminicídio quanto óbito auto infligido, o que torna os ambientes da saúde rotas de passagem. Dessa forma, a posição dos profissionais da saúde é privilegiada, porém eles relatam falta de tempo, superlotação e, principalmente, cursos superficiais sobre o tema. Assim, é preciso formações efetivas sobre o assunto para eles, que tratem, especialmente, sobre indicadores de violência, os quais evidenciam uma possível vítima. E, dessa forma, o profissional saberá a necessidade de uma conduta diferente no atendimento, o que pode ser determinante sobre o destino daquela mulher.

REFERÊNCIAS

- AHMAD, I.; ALI, P. A.; REHMAN, S.; TALPUR, A.; DHINGRA, K. Intimate partner violence screening in emergency department: a rapid review of the literature. : a rapid review of the literature. **Journal Of Clinical Nursing**, [s.l.], v. 26, n. 21-22, p. 3271-3285, 22 mar. 2017.
- ALMEIDA, T. M. C. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. **Revista Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 329-340, 2014.



ARKINS, B.; BEGLEY, C.; HIGGINS, A.. Measures for screening for intimate partner violence: a systematic review. : a systematic review. **Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 3-4, p. 217-235, 31 mar. 2016.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

BHORA, N.; SHARMA, I.; SRIVASTAVA, S.; BHATIA, M. S.; CHAUDHURI, U.; SHARMA, A.; KATARIA, D. Violência contra as mulheres. **Indian J Psychiatry**, [s.l.], n. 57, n. 6, p. 333-338, 2015.

CARLSON, C.; NAMY, S.; PALA, A. N.; WAINBERG, M. L.; MICHAU, L.; NAKUTI, J.; KNIGHT, L.; ALLEN, E.; IKENBERG, C.; NAKER, D. Violence against children and intimate partner violence against women: overlap and common contributing factors among caregiver-adolescent dyads. : overlap and common contributing factors among caregiver-adolescent dyads. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 20, n. 1, p. 1-13, 29 jan. 2020.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 256-266, 2015.

LAWRENZ, P.; MACEDO, D. M.; HOHENDORFF, J. V.; FREITAS, C. P. P.; FOSCHIERA, L. N.; HABIGZANG, L. F. . Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 34, e34428, 2018.

MAGALHÃES, S. S. A.; MACHADO, C. J. Conceitos epidemiológicos e as pandemias recentes: novos desafios. **Cad. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 1, p. 109-110, 2014.

MCKIBBIN, A.; GILL-HOPPLE, K. Intimate Partner Violence. **Nursing Clinics Of North America**, [s.l.], v. 53, n. 2, p. 177-188, jun. 2018.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, setembro de 2017.

ORAM, S.; KHALIFEH, H.; HOWARD, L. M. Violence against women and mental health. **The Lancet Psychiatry**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 159-170, fev. 2017.

PATHAK, N.; DHAIRYAWAN, R.; TARIQ, S. The experience of intimate partner violence among older women: a narrative review. : A narrative review. **Maturitas**, [s.l.], v. 121, n. 2019, p. 63-75, mar. 2019.

SAMMUT, D.; KURUPPU, J.; HEGARTY, K.; BRADBURY-JONES, C. Which Violence Against Women Educational Strategies Are Effective for Prequalifying Health-Care Students?: a systematic review. : A Systematic Review. **Trauma, Violence, & Abuse**, [s.l.], v. 20, n. 10, p. 1-20, 23 maio 2019.

SANTAMBROGIO, J.; COLMEGNA, F.; TROTTA, G.; CAVALLERI, P. R.; CLERICI, M. Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura. : una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura. **Rivista di Psichiatria**, [s.l.], v. 54, n. 3, p. 97-108, 1 maio 2019.

SILVA, L. E. L.; OLIVEIRA, M. L. C. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012, **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016.