

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Liandra Reis Silva Dantas¹

Gigliola Marcos Bernardo de Lima²

¹ Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFMG/Campus Cuité-PB. Email: liandravinicius@gmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal de Campina Grande-UFMG/Campus Cuité-PB. Email: gigliolamb1@ufcg.edu.br

RESUMO: É considerada violência contra a mulher qualquer ato de dominação do homem sobre a mulher (SOUTO; BRAGA, 2009). Este estudo tem por objetivo realizar um resgate na literatura sobre violência contra a mulher, como ela se manifesta, sua perpetuação ao longo dos tempos, bem como fazer uma análise da história de lutas vivenciadas pelas mulheres em busca de seus direitos e espaços na sociedade. Trata-se de uma revisão da literatura acerca do tema já referido realizada em bases de dados eletrônicos como Ministério da saúde, Scientific Electronic Library online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Periódicos capes, Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) no período de Fevereiro a Agosto de 2015. A partir dos dados obtidos, observou-se que a violência contra mulher estar arraigada por uma sociedade que atribuiu poderes ao sexo de forma desigual no qual o homem exerce sua supremacia através da violência física, sexual, matrimonial, financeira, moral, psicológica ocasionando danos irreversíveis a saúde da mulher. Chegamos à conclusão que a mulher ainda permeia os frutos de uma sociedade marcada pela desigualdade entre os sexos influenciando seu processo saúde-doença, ocasionando danos para toda a vida.

Descritores: Violência Doméstica, violência Sexual contra Mulher, Violência de Gênero

INTRODUÇÃO

Com uma grande representatividade populacional no Brasil, ao longo dos anos as mulheres ganharam espaço na sociedade, sobretudo no que diz respeito às ações direcionadas para o cuidado à saúde. Neste contexto, o interesse em desenvolver ações que beneficiem este público considerou às especificidades sociais, etárias, econômicas bem como as de gênero (BRASIL, 2006). Ressalta-se que as desigualdades decorrentes das relações de gênero são responsáveis por situações de sofrimento, adoecimento e morte (BRASIL, 2009).

Dentre os danos ocasionados a saúde feminina evidencia-se a violência doméstica descrita por Souto e Braga (2009), como uma ação de dominação do homem sobre a mulher, desencadeadas pela relação de poder e valores atribuídos a ambos de forma desigual. Assim configura-se em violência de gênero pelo fato dos motivos de sua ocorrência ser frutos dos valores sociais, culturais, políticos e econômicos atribuídos de acordo com o sexo, colocando o homem em uma posição de dominador.

De acordo com Lima (2008) a violência contra a mulher afeta milhares de mulheres em todo o mundo independente de idade, classe social, grau de escolaridade, etnia, raça e religião. No Brasil, mais de 13 milhões e 500 mil

mulheres já sofreram algum tipo de agressão. Cerca 31% convivem com o agressor e destas, 14% ainda sofrem algum tipo de violência. Isto implica numa média de 2,1 milhões de mulheres espancadas por ano, sendo 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 4 por minuto e uma a cada 15 segundos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2009).

Estudos populacionais indicam que 10-69% de mulheres na faixa etária de 15-49 anos, sofrem abuso físico praticado pelo parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, uma em cada seis mulheres no mundo já vivenciou situações de violência doméstica (BRASIL, 2006). Dados do mapa da violência de 2012 revelam que o Brasil ocupa a sétima posição na incidência de homicídios de mulheres, com uma taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres. De 1980 a 2010, houve um aumento de 230% de mortes, totalizando um percentual de 92 mil mulheres assassinadas no país sendo que 43,7 mil só na última década. Quando estes dados foram analisados por estado, a Paraíba ocupou o 4º lugar na incidência de homicídios de mulheres, com uma taxa de 6,0 homicídios para cada 100 mil mulheres (WAISSELFIZ, 2012).

A alta prevalência da violência praticada contra a mulher, descrita acima a constituiu como um problema de saúde

pública. Estas relações conflituosas entre casais, vêm se concretizando como um determinante no processo saúde doença, influenciando o modo de viver, adoecer e morrer destas mulheres. Este adoecimento se encontra exposto no seu modo e condições de vida, e nas relações de poder vigente entre os sexos e na sociedade (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009; OKABE, 2010; LEAL, 2010).

Desse modo, uma sociedade que ainda subjugava o gênero feminino e não o respeitava frente aos diferentes papéis sociais que representa, necessita de uma mudança concreta nos seus paradigmas, uma vez que somente o rearranjo do aparato judiciário, que faça jus ao cumprimento das leis vigentes, será capaz de equilibrar as iniquidades que se evidenciam de maneira tão extrema entre os sexos (OLIVEIRA, 2012).

Convém ressaltar que a violência contra a mulher começou a ser percebida a partir dos movimentos feministas na década de 1970. O grupo lutava pela igualdade de gênero, a fim de que a mulher ganhasse espaço na vida política, cultural e social. Com estas ações, esse tipo de violência foi reconhecido como crime e houve a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (PACHECO, 2010).

Diante das considerações supracitadas este trabalho justifica-se pela

necessidade de uma maior compreensão de como se apresenta a violência contra a mulher, bem como os danos que esta acarreta em sua vida para assim buscar meios de prevenção e diminuição dos índices de violência. Levando em consideração a importância da temática, objetiva-se mostrar por meio de revisão bibliográfica como a violência contra a mulher se manifesta, sua perpetuação ao longo dos tempos, bem como fazer uma análise da história de lutas vivenciadas pelas mulheres em busca de seus direitos e espaços na sociedade.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão da literatura referente à violência contra a mulher. Para identificação dos estudos acerca do tema já referido foi realizada uma busca em bases de dados eletrônicas como Ministério da saúde, Scientific Electronic Library online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Periódicos capes, Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) no período de Fevereiro a Agosto de 2015. Foram selecionados artigos, dissertações e teses publicados no período de 2006 a 2015. Os contemplados com o tema da pesquisa foram lidos e em seguida escolhidos aqueles que apresentavam um melhor contexto da temática. Como critério de

exclusão foram excluídos os que não estavam relacionados com a problemática proposta.

RESULTADOS

Evolução das Políticas Públicas de Saúde da Mulher

A história da humanidade, desde o início de sua constituição traz a marca de desigualdade entre homens e mulheres. À mulher cabia apenas o direito de cuidar da família do lar e de alguns trabalhos sociais, mas sem remuneração. No decorrer dos tempos e o início das Guerras, elas começaram a perceber que eram capazes de ir mais além do que a responsabilidade dos afazeres domésticos, e foi aí que iniciaram os movimentos femininos e as lutas por seus direitos (SCHLICKMANN; PIZARRO, 2013).

As lutas femininas ganharam repercussão mundial e tiveram com marca as campanhas realizadas em busca do reconhecimento dos direitos das mulheres. Entre estas elas buscavam: direito a existir com dignidade e em igualdade de condições com os homens, direito de propriedade, educação, trabalho, e ao voto. Direito de votar e ser eleita, a participar de espaços de poder e decisão, direito a seu próprio corpo, e de viver livre de violências, direito de viver em igualdade

de condições com os homens (BRASIL, 2010).

O movimento feminista brasileiro teve como forte representante a bióloga e zoóloga Berta Lutz, que em 1922, funda a Liga pela Emancipação Intelectual da Mulher, que se transforma na Federação Brasileira pelo Progresso Feminino (FBPF). Suas principais reivindicações eram o direito à educação, ao voto, a profissionalização feminina e o trabalho, independente da autorização do marido. Na Câmara, lutou pela criação de um Departamento Nacional da Mulher de nível ministerial, presidiu a Comissão de Estatuto da Mulher e apresentou o projeto do Departamento de Maternidade, Infância, Trabalho Feminino e Lar, mas, sua criação foi interrompida pelo fechamento do Congresso (SOUSA, 2009).

A atuação dos movimentos feministas junto ao Estado proporcionou a construção de políticas públicas às mulheres. Tais políticas foram a base para a transformação no modelo assistencial da saúde direcionada a este grupo (FREITAS et al, 2009). No Brasil, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, com foco apenas nas questões referentes ao ciclo gravídico-puerperal. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, contribuíram para um enfoque na mulher, sob a ótica reprodutiva,

com papel da criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011).

Segundo Souza; Tyrrel (2011) a mulher da década de 70 era vista como um elemento de reprodução. Atribuía-se a ela, o crescimento acelerado da população mundial, resultando no aumento da pobreza e das desigualdades sociais, por isso a proposta do governo através do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), era investir no controle da taxa de natalidade. Assim a mulher que merecia a assistência do estado era aquela que se encontrava no período fértil, pelo fato de estarem inseridas no grupo de risco e de maior vulnerabilidade (MORI; COELHO; ESTRELA, 2006).

Esta visão fragmentada levou o movimento feminista às ruas, em uma demonstração de insatisfação com a conduta dos programas direcionados à mulher. Era necessário superar esta visão reducionista e considerar outros elementos, entre eles a discriminação feminina e a busca pela igualdade dos direitos humanos das mulheres. Estas manifestações levaram ao questionamento do PSMI vigente na época, pois não oferecia um cuidado de acordo com as necessidades e especificidades de cada uma (LANDERDAHL et al, 2011).

Diante de tamanha pressão e reivindicações o Ministério da Saúde

lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1984. Dava-se início a ruptura do modelo de atenção materno-infantil, visto que a compreensão da mulher não se restringia mais a gravidez e ao parto, mas considerava as diversas fases da vida, incluindo naturalmente os assuntos de reprodução. Apontava outras vulnerabilidades como condições de vida, agravos cardiovasculares, esfera produtivas e outras. Seus pontos principais era o planejamento familiar, fundado no princípio de que toda mulher tem livre escolha e o direito de decidir sobre ter ou não filhos e que os indivíduos não se exponham a riscos inerentes à saúde em consequência da procriação e da anticoncepção (SILVA; MARQUES; PAIVA, 2013; SANTOS, 2009; COSTA, 2009).

O ano de 1985 foi marcado pela criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) que incluiu a sexualidade feminina como direito. Cabe a mulher decidir livremente sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, sem ficarem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência e implantadas as delegacias para mulheres. Com isto a mulher teve uma maior representatividade na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foram reconhecidas suas especificidades e

convocada uma Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher realizada também no ano de 1986. Nesta houve a confirmação das diretrizes norteadoras das políticas de saúde da mulher sintonizadas com o PAISM, transformando-as em resoluções programáticas. Tais resoluções foram transformadas em instrumento político denominado “Carta das mulheres brasileiras aos constituintes”. Este documento trazia duas premissas: a de que saúde era um direito de todos e dever do Estado e que a mulher tinha o direito à atenção a sua saúde, independente do seu papel de mãe (MORI; COELHO; ESTRELA, 2006; COSTA, 2009).

Apesar de ser considerada um grande avanço nas ações dirigidas à saúde da mulher, foi visto que a PAISM ainda apresentava algumas lacunas que precisariam ser ajustadas para de fato atender a mulher em toda sua integralidade de acordo com os princípios norteadores do SUS. A partir deste consenso a PAISM foi atualizada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o compromisso de implementar de ações de saúde contribuindo para a garantia dos direitos humanos das mulheres bem reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, incorporou também a questão de gênero, melhorando as condições de vida, humanização no atendimento, a igualdade

e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL,2011).

De acordo com a mesma fonte, estão inclusos nos objetivos da PNAISM: ampliação e qualificação a atenção clínico-ginecológica, incluindo as portadoras de HIV e outras IST's; assistência em planejamento familiar para homens, mulheres, adultos e adolescentes; atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada; assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes; atenção a violência doméstica e sexual; prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis; reduzir mortalidade por câncer; atenção à saúde mental sob enfoque de gênero, no climatério, na terceira idade; atenção à mulher negra, trabalhadora do campo e das cidades e mulher indígena; promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão e fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação da PNAISM.

As diretrizes da referida política inclui no seu plano de ação, grupos que até então não eram contempladas como é o caso das mulheres trabalhadoras rurais, mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade e ainda as lésbicas, indígenas, presidiárias, com deficiências e transtornos mentais. Destina-se a população feminina acima de dez anos. Embora tenha sido um grande avanço, sua

concretização depende também dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que atuam diretamente com o público alvo (MORI; COELHO; ESTRELA, 2006).

Freitas et al (2009) destaca alguns marcos históricos importantes nos quais a abordagem integral a mulher começou a ser inserida. Entre eles as autoras destacam: a Conferência de Alma Ata (1978) – além da assistência materno-infantil, incluiu o planejamento familiar, tirando o foco da reprodução e abrangendo as condições da família, como saúde, educação, moradia e lazer; a II Conferência Internacional de Saúde sobre a promoção da saúde realizada em Adelaide (1988) – o apoio a saúde da mulher foi considerada uma área prioritária com destaque para valorização da mulher trabalhadora e a igualdade de direitos na divisão do trabalho; a Conferência de Sandsvall (1991), também aumentou a discussão sobre as políticas públicas e sobre o planejamento familiar. Ainda fazem referência a Declaração de Bogotá (1992) que considerou a mulher como um elo indispensável na promoção da saúde, firmando um compromisso para erradicar com as iniquidades que afetam o problema.

A mulher e as formas de violência

A violência se perpetua ao longo dos tempos e a mulher, por apresentar uma maior fragilidade corporal é sua principal vítima. Desde a mitologia Greco-romana o homem se configura como herói e a mulher como a origem do mal, causadora da tentação masculina. Tal fato é apontado até na história da humanidade onde o livro de gênesis traz a figura de Eva como uma sedutora, levando Adão a cometer o pecado, demarcando a mulher como pecadora que deve ser por conta de seus atos, submissa ao homem, lhe devendo obediência (SANTOS, 2011).

Em todas as culturas do mundo, as mulheres vivem em condições de desigualdade social em relação aos homens, culminando em distintos danos e proporções. Entre estes danos encontra-se a violência praticada contra a mulher, que ultrapassa o nível social e reflete a dominação de um grupo e a subordinação de outro. Muitas das vezes essa agressão advém do simples fato de ser mulher e pertencer a uma sociedade que condescende com o modelo patriarcal de que o homem deve exercer poder sobre ela (CASIQUE; FUREGATO, 2006; FERREIRA, 2010).

Estes atos violentos são divididos entre parceiros íntimos, destruindo a harmonia do casal. Tem como agressor um homem de baixa-estima que utiliza os atos violentos para demonstrar domínio e

controle. Esse homem pertence a qualquer classe social etnia ou raça, é ciumento, tem a visão machista de superioridade sobre a mulher, atribui a outros suas ações e apresenta duas diferentes personalidades, uma hora é cruel e outra é amável (LIMA, 2008).

Há muitas definições para descrever o conceito de violência praticada à mulher. Na metade do século XX, foi designada como violência intrafamiliar, vinte anos depois passa a ser mencionada como violência contra a mulher. Nos anos 80, é nomeada como violência doméstica e, na década de 90, como violência de gênero, em que se questionam as relações de poder, em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada de maneira desigual do sexo masculino (BRASIL, 2006).

Pacheco (2010) denomina violência conjugal aquela que ocorre entre casais; quando ocorre no meio doméstico da convivência familiar podemos chamá-la de violência doméstica e se advim da questão de gênero na qual o homem utiliza-se dos valores sociais para exercer suas forças contra as mulheres é entendida como violência de gênero.

Para a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará/ONU-1994 é considerado violência contra a mulher todo ato baseado

no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no domínio público como privado (BRASIL, 2002).

A Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha descreve violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

A lei supracitada define os tipos de violência perpetrada à mulher, a saber: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. A Violência física implica em comprometer sua integridade ou saúde corporal; Violência psicológica abrange qualquer conduta que lhe cause danos emocional como diminuição da auto-estima ou que lhe cause danos no desenvolvimento, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir; Violência Sexual, compreendida como qualquer conduta em que a mulher é obrigada a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, o impedimento de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao

matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição; A Violência patrimonial, quando ocorre a detenção, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, entre outros; A Violência moral é a que configura calúnia, difamação ou injúria.

As violências físicas e sexuais ocorrem com grande frequência. Na maioria dos casos de violência sexual a vítima é forçada a manter um relacionamento íntimo com o agressor, e ameaçada por armas. Frequentemente ocorre no lar da mulher ou de pessoas próximas, se tornando um grande desafio para sua prevenção, pois acontece em ambientes que se traduzem em lugar de vínculos afetivos e de valores familiares. Muitas delas dão grande importância ao casamento, pela ideia de melhores condições de vida tanto para si como para seus filhos, restando assim a obrigação em manter compromisso com o agressor. Tal fato torna a violência mascarada e de difícil descoberta. Outros tipos também se fazem presentes, como a psicológica, negligência e financeira, sendo estas as mais difíceis de serem identificadas e provadas devido sua invisibilidade de marcas (FERREIRA; 2010; DUTRA et al, 2013).

Arantes, Sastre e Gonzáález (2010) afirmam que a invisibilidade da violência é uma das formas de tentativa de controle dos conflitos, ou seja, é mais simples controlar o que é desconhecido do que o que é explícito.

O estudo de Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) revelou que as mulheres apresentam uma visão distinta de seus companheiros. Pessoa ótima e boa, covarde, canalha, psicopatas, esquizofrênicos, dupla personalidade, simpáticos, brincalhões, alegres, foram as características citadas pelas participantes da pesquisa. Segundo as autoras estas podem ser os esclarecimentos para a perpetuação dos ciclos violentos.

Situações que tiram a liberdade, através de: coação, ameaça, intimidação, uso da violência emocional, econômica, isolamento, condenação, rejeição, indiferença, discriminação, o desrespeito, as punições exacerbadas, são entendidas como um grave tipo de violência. Estas circunstâncias, muitas vezes não deixam marcas visíveis na vítima, mas pode ocasionar profundos danos psicológicos e emocionais (COELHO, 2010).

Estudos sobre o tema correlacionam a violência a diversos fatores que interferem de forma prejudicial na saúde da mulher. Fonseca, Ribeiro e Leal (2012) trazem como as principais revelações das mulheres em situações de violência:

vergonha, passividade, culpa, trauma, desamor, insensibilidade, sofrimento e decepção que acabam com a ideologia de um relacionamento perfeito e demarcam uma alma ferida em constante tormento. Estes danos psicológicos se apresentam mais intenso que as agressões físicas, pois, se mostram de forma silenciosa, crônica e comprometedora da saúde psicológica da mulher, pois, pode vir a desencadear doenças psicossomáticas como a depressão. Persiste em todo o período violento e com o decorrer do tempo vão sendo aliadas a outras formas de violência.

Souto e Braga (2009) revelaram que o medo e o aprisionamento são uns dos aspectos de maior representatividade da violência entre casais para mulheres, fato este que segundo as autoras foram responsáveis pelo silêncio o que contribuiu para um longo período de exposição destas mulheres a condição de violência.

De acordo com Dutra et al (2013) os atos violentos repercutem negativamente na identidade feminina e sua autoestima, ocasionando isolamento, medo, vergonha sendo este um dos motivos para não falarem da vivência da violência. Tudo isto acarreta amargura e raiva por não conseguirem ser o que desejariam.

A inclusão da violência no âmbito da saúde se deu através das lutas dos movimentos feministas, que sensibilizaram

as mulheres e a sociedade em geral sobre a violência de gênero, criando uma nova forma de pensar e agir para acabar com o modelo machista. Outros dois motivos também foram responsáveis por tal ocorrência: a ampliação do significado de saúde que passou a entender que tudo que expressava ofensa e ameaça a vida, as condições de trabalho, as relações interpessoais, e a qualidade de vida, tinha relação direta com o campo da saúde e porque a violência num sentido mais restrito, afeta a saúde e frequentemente leva a morte (RASSE, 2011).

Neste contexto, foi criada em 2011 a Política Nacional de Enfrentamento a Violência, não se restringindo apenas ao combate, mas incluindo a prevenção, a assistência e a garantia dos direitos das mulheres. Nesta estão inscritos os seguintes objetivos: Reduzir os índices de violência contra a mulher; Promover uma mudança cultural a partir das dimensões igualitárias e valores éticos respeitando as diversidades de gênero e valorização da paz; garantir e proteger os direitos das mulheres em situação de violência, considerando as questões raciais, geracionais, de orientação sexual, econômica e regional; Proporcionar às mulheres em situação de violência um atendimento humanizado e qualificado nos serviços especializados e na rede de atendimento (BRASIL, 2011).

A referida política traz ainda como prioridades a assistência, o combate a garantia do direito através da aplicação da lei Maria da Penha, prevenção através de ações e informações de dados. Além dessas prioridades congregou as ações voltadas ao enfrentamento ao tráfico de mulheres, garantia dos direitos das mulheres presidiárias e o combate a feminização da AIDS.

Outro documento importante que merece destaque é a Portaria nº 1.271 de 06/06/14, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. Considerando agravo como qualquer dano a integridade física ou mental do indivíduo, decorrentes de acidentes, intoxicações por substância química, abuso de drogas ou lesões provocadas por atos violentos como agressão e maus tratos, a violência doméstica encontra-se inserida neste quadro. Sua notificação compulsória deve ser realizada semanalmente, em até 7 dias a partir do conhecimento da ocorrência do agravo (BRASIL, 2014).

Apesar da violência contra a mulher englobar todas as mulheres sem distinção, as mais pobres são mais vulneráveis, do que as que estão em melhores condições de vida. Como ela não se explica exclusivamente pelas relações de gênero,

outras variáveis como status econômico, aceitação da violência e estresse, por exemplo, podem ser considerados (LIMA, 2008).

Entre as diferentes causas que levam o parceiro a agredir sua companheira está o alcoolismo, citado por Adeodato et al (2005) como um dos fatores que explicam a ocorrência das agressões, visto que as maiorias dos ataques ocorrem comumente nos finais de semana, horário e dia, em que ele provavelmente estar alcoolizado e a vítima tem poucas probabilidades de esquiva, pois o agressor encontra-se dentro do lar.

Para Vieira et al (2014) apesar do álcool manter relação causal com a violência, ele não é considerado uma causa, mas aumenta as chances da ocorrência da mesma, visto que a mulher se coloca numa maior vulnerabilidade. Santos (2012) traz além do álcool como fator causal para atos violentos, o ciúme, a traição e as drogas.

Ainda que muitas vezes a violência contra a mulher seja desencadeada pelos fatores supracitados, ela se encontra enraizada na valorização do poder masculino imposto pela sociedade, refletindo na forma diferenciada de educar meninos e meninas. Enquanto os meninos são estimulados a dar valor à agressividade, a força física, a ação, a dominação e a satisfazer seus desejos,

inclusive os sexuais, as meninas são apreciadas pela beleza, delicadeza, sedução, submissão, dependência, sentimentalismo, passividade e o cuidado com os outros (SOUZA; MAIA; ARAÚJO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em pleno século XXI, infelizmente, assistimos a uma eclosão de atos de violência que afeta a vida de milhares de mulheres acarretando prejuízos, por vezes, irreversíveis à saúde física e mental. Pode-se perceber que a violência contra a mulher vem arraigada pelo poder que a sociedade atribui ao sexo de forma desigual, onde o mais forte exerce sua força contra o mais fraco, seja através da força física ou verbalmente eclodindo em violência física, sexual, moral, psicológica, matrimonial, financeira.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G; et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005.

ARANTES, V. A; SASTRE, G; GONZÁLEZ, A. Violência contra a Mulher e representações mentais: Um estudo sobre pensamentos morais e sentimentos de adolescentes. **Psic. Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 1, pp. 109-120, Jan/Mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Caderno de Atenção Básica, n. 8. **Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescente em situação de violência doméstica e sexual**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Por uma cultura de paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência**. Editora do Ministério da Saúde, Brasília - DF, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Tempos e Memórias do Feminismo no Brasil**. Brasília, Dezembro. 2010.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Transparência DataSenado. **Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher**. Brasília: Senado Federal, 2013, 73 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 de Junho de 2014. Seção 1. P.67.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. 1ª Ed. 2ª impressão, Brasília, DF, 2011.

CASIQUE CASIQUE, L; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 14, N. 6, p. 137-144, Nov./Dez. 2006.

COELHO, A. M. Crenças e atitudes dos agentes policiais face à violência contra a mulher. 2010. 97 f. Mestrado em Ciências Forenses. Universidade do Porto, Porto. 2010.

COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1293-1304, 2013.

FERREIRA, R. C. Análise da violência contra a mulher a partir da vigilância realizada por serviços sentinela em fortaleza, ceará. 2010. 75 f. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza, Fortaleza – CE. 2010.

FONSECA, D. H; RIBEIRO, C. G; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

FREITAS, G. L; et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf. Goiânia**, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009.

GUEDES, R. N; SILVA, A. T. M. C; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n. 3, p. 625-631, Jul./set. 2009.

LANDERDAHL, M. C; et al. Contribuições de um núcleo de estudos na consolidação de políticas públicas para as

mulheres. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 71-79, Jan/Abr. 2011.

LEAL, S. M. C. “Lugares de (não) ver”? – As Representações Sociais da Violência Contra a Mulher na Atenção Básica de Saúde. 2010. 310 f. Doutorado em Enfermagem - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

LIMA, S. S. R. A questão da violência doméstica e familiar contra a mulher: um estudo de história de vida no SERAV/ TJDFT. 2008, 64 F. Trabalho de conclusão de graduação do curso de sociologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2008.

MORI, M. E; COELHO, V. L. D; ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1825-1833, set. 2006.

OKABE, I. Violência contra a mulher: uma proposta de indicadores de gênero na família. 2010. 206 f. Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo- USP, São Paulo. 2010.

OLIVEIRA, E. R. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. **Rev. LEVS/UNESP**, Marília, 9ª Ed, Maio, 2012.

PACHECO, L. F. Violência doméstica contra a mulher. 2010. 33 f. Trabalho de conclusão de graduação do curso de sociologia, Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul, Injuí. 2010.

SANTOS, J. T. Violência contra a mulher nos espaços urbanos da cidade de Manaus (AM): dois anos antes e dois anos depois

da lei Maria da Penha. 2011. 141 f.
Mestrado em Geografia Humana.
Universidade de São Paulo, São Paulo.
2011.

SANTOS, K. B. Violência não faz meu
gênero: representações sociais da violência
contra a mulher por alunos e professores
do ensino médio de uma escola pública.
2012. 197 f. Mestrado em Psicologia
Social, do Trabalho e das Organizações.
Universidade de Brasília, Brasília. 2012.

SCHLICKMANN, E; PIZARRO; D. A
evolução da mulher no trabalho: uma
abordagem sob a ótica da liderança.
Revista Borges, v. 03, n. 1, Julho. 2013.

SILVA, J. M. Q; MARQUES, P. F;
PAIVA, M. S. Saúde sexual e reprodutiva
e Enfermagem: um pouco de história na
Bahia. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66,
n. 4, p. 501- 507, Jul/Ago. 2013.

SOUTO, C. M. R. M; BRAGA, V. A. B.
Vivências da vida conjugal:
posicionamento das mulheres. **Rev. Brasil.
de Enferm.- REBEn**, Brasília, v. 62, n. 5,
p. 670-674, set./out. 2009.

SOUSA, L. G. P. Educação e
profissionalização de mulheres: trajetória
científica e feminista de Bertha Lutz no
Museu Nacional do Rio de Janeiro (1919-
1937). 2009. 175 f. Mestrado em História
das Ciências. Casa de Osvaldo Cruz - FIO
CRUZ, Rio de Janeiro. 2009.

SOUZA, M. H. N; TYRRELL, M. A. R.
Políticas de salud a la mujer en Brasil,
1974-2004. **Rev. enferm. - UERJ**, Rio de
Janeiro, V. 19, N. 1, P. 70-76, Jan/Mar,
2011.

SOUZA, C.A; MAIA, E. C; ARAÚJO, J.
S. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA. Lei Maria
da Penha: constitucionalidade x
inconstitucionalidade. 2008. 49 f. Trabalho
de Conclusão de Curso de Bacharel em

Direito. Universidade Vale do Rio Doce,
Governador Valadares. 2008.

VIEIRA, L. B; et al. Abuso de álcool e
drogas e violência contra as mulheres:
denúncias de vividos. **Rev Bras Enferm.**
Brasília, v. 67, n. 3, p. 366-372, Mai/Jun.
2014.

WASELFIZ, J. J. Mapa da violência
2012: Caderno Complementar 1:
Homicídio de Mulheres no Brasil. São
Paulo: Instituto Sangari . Abril, 2012.
Disponível em:
<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf>. Acesso em:
21/12/2014.