VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: TENDÊNCIA DOS ESTUDOS

Camila Daiane Silva

Vera Lúcia de Oliveira Gomes

RESUMO: A violência acomete inúmeras mulheres mundialmente, essas vítimas buscam apoio nos serviços de saúde, assim a equipe deve estar preparada para acolhê-las, principalmente técnicos de enfermagem e agentes comunitários, que atuam também em atividades domiciliares facilitando a detecção de situações de violência. Considerando que a pesquisa corrobora para a base científica da prática de enfermagem realizou-se este trabalho, com o objetivo de conhecer a tendência dos estudos acerca da violência contra a mulher, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Para esta revisão integrativa buscaram-se nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, usando "violência contra a mulher" ou "Agentes Comunitários de Saúde" ou "Técnico de Enfermagem", buscou-se artigos inéditos, gratuitos e disponíveis na íntegra online, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; entre 2006 e junho de 2013. Adotando-se como critério a frequência de abordagem, os temas mais discutidos foram: gênero; perfil da vítima, do agressor e do ato violento; a percepção da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher; visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência; (in) decisão acerca da denúncia e retirada da queixa e a rede de apoio às vítimas. As tendências dos estudos publicados são pertinentes e em muito contribuem para a enfermagem, principalmente alertando as equipes de saúde acerca de aspectos fundamentais de sua atuação para o atendimento à mulher vítima de violência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Revisão. Enfermagem.

VIOLENCE AGAINST WOMEN AND HEALTH PROFESSIONALS: TREND OF STUDIES

ABSTRACT: The violence affects many women worldwide, these victims seeking support in health services, so the team should be prepared to welcome them, mainly practical nurses and community workers, who also work at home activities facilitating the detection of violent situations. Whereas research confirms the scientific basis of nursing practice this work took place in order to know the trend of studies on violence against women, nursing technicians and community workers. For this integrative review was sought to the databases of the Scientific Electronic Library Online, and Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences, using "violence against women" or "Community Health" or "Practical Nursing" we sought unpublished, free and available online in full articles published in Portuguese, Spanish or English; between 2006 and June 2013. Adopting the criterion is the frequency of approach, the most discussed topics were: gender; Profile of the victim, the offender and the violent act; the perception of the victim and the perpetrator of violence against women; point of view of professionals who work in the care of victims of violence; (in) decision about the termination and withdrawal of the complaint and the network of victim support. Trends of published

studies are relevant and much contribute to nursing, particularly alerting health teams about key aspects of its operation to assist women victims of violence.

Keywords: Violence against women. Review. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VDCM), grave problema de saúde pública, vem ocorrendo em nível mundial. Nos Estados Unidos da América (EUA) acomete de 2 a 4 milhões de mulheres, sendo que a cada 18 minutos uma é espancada e a cada seis minutos uma é estuprada. Na França, 95% dos casos de violência atingem as mulheres, desses 51% o agressor é o próprio marido. Na Bolívia, o marido que agride só é punido se a mulher ficar incapacitada por mais de 30 dias e na África, o homem tem amparo legal para bater na mulher. Somente 44 países possuem uma legislação contra a violência doméstica, entre eles o Brasil. (FACED, 2011).

Uma grande vítima brasileira de violência foi Maria da Penha Fernandes. Em 29 de maio de 1983, aos 38 anos, essa biofarmacêutica residente no Ceará, ficou paraplégica ao ser atingida por um tiro, enquanto dormia. O agressor foi seu próprio marido, professor universitário, Marco Antonio Heredia Viveiros que após duas semanas tentou afogá-la e eletrocutá-la durante o banho. Somente após essas situações extremadas, que Maria tomou coragem e resolveu denunciá-lo publicamente. (CFEMEA, 2007).

No entanto, a resposta para tal denúncia ocorreu somente em 2001, dezoito anos após esses episódios violentos. Após inúmeras lutas de Maria, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Ameriacanos (OEA) publicou o Relatório nº 54, que responsabilizava o Brasil por negligência e omissão em relação à violência doméstica. Foi solicitada pela OEA uma revisão das políticas públicas vigentes que eram insatisfatórias, pois não puniam adequadamente o agressor e não protegiam a vítima. Assim, Marco Antonio cumpriu pena de prisão, em regime fechado de 2002 a 2004, sendo-lhe a seguir concedido regime aberto. (CFEMEA, 2007).

Após recomendação do Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) para a formulação de uma lei de combate à violência doméstica, foi que o Brasil, em seis de agosto de 2006 criou a Lei 11.340/2006. Sugerido pela OEA, o Presidente da República, em exercício na época, Luiz Inácio Lula da Silva, intitulou-a de Lei Maria da Penha, "reconhecendo a luta de quase vinte anos desta

mulher em busca de justiça contra um ato de violência doméstica e familiar". (CFEMEA, 2007, p.6).

Desde a sanção dessa lei, foram registrados na Central de Atendimento à Mulher 237.271 casos de violência, sendo 141.838 identificados como violência física; 62.326 psicológica; 23.456 moral; 3.780 patrimonial; 4.686 violência sexual; 1.021 advém de cárcere privado e 164 tráfico de mulheres. (LABOISSIÈRE, 2011).

Apesar da legislação existente, questões culturais ainda inibem a iniciativa da vítima em denunciar e buscar seus direitos. Essa decisão percorre um longo caminho, pois envolve sentimento de culpa, vergonha, medo, solidão e desamparo e depende de uma reflexão interna da mulher com as questões emocionais e econômicas. (PAIM, 2006).

A vítima, muitas vezes procura apoio nos serviços e profissionais de saúde. Esses devem estar preparados para acolher, atender, orientar e encaminhar a vítima para outros serviços de apoio. Nesse cenário, visualiza-se a atuação de técnicos de enfermagem (TE) e agentes comunitários de saúde (ACS), que atuam também em atividades domiciliares e tornam-se mais próximos das famílias, facilitando, possivelmente, a identificação da ocorrência da VDCM. Considerando que a pesquisa corrobora para a base científica da prática de enfermagem e que é essencial para a atuação de TE e ACS na identificação e combate à violência, optou-se por investigar qual a tendência dos estudos científicos acerca da violência contra a mulher, TE e ACS? Tendo-se por objetivo conhecer a tendência dos estudos acerca da violência contra a mulher, TE e ACS.

2 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa, essa é um dos métodos utilizados na pesquisa baseada em evidencias "que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado". (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759). São seis as etapas que constituem uma revisão integrativa, a primeira é a identificação do tema e hipótese ou questão de pesquisa; a segunda consiste no estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão; a terceira é a definição das informações a serem extraídas dos estudos; na quarta ocorre a avaliação dos estudos; na quinta e interpretação dos resultados e na última a apresentação da revisão. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759).

Para tanto efetuou-se uma busca nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizaram-se inicialmente Descritores em Ciências da Saúde (DECS), buscando os termos exatos: "violência contra a mulher" ou "Agentes Comunitários de Saúde" e, a seguir "violência contra a mulher" ou a palavra chave "Técnico de Enfermagem". Tal distinção foi necessária, pois o termo técnico de enfermagem não figura entre os DECS. Com a referida busca, obteve-se 275 estudos publicados pela SCIELO e 339 pela LILACS.

Adotaram-se como critérios de inclusão: estudos inéditos, gratuitos e disponíveis na íntegra online, publicados nos idiomas português, espanhol ou inglês; entre 2006 e junho de 2013, pois adotou-se como recorte temporal a promulgação da Lei Maria da Penha. As teses, dissertações, monografias, estudos de caso, relatos de experiência, revisões, trabalhos referentes à criança, adolescentes e idosos foram excluídos. Os artigos que se repetiram nas duas bases de dados foram contabilizados apenas uma vez.

Os manuscritos selecionados foram separados em dois blocos, o primeiro para a base de dados da SCIELO e o segundo para LILACS e identificados com números arábicos, adotando-se a ordem alfabética do título dos artigos. Na tabela 1 apresenta-se o código de identificação de cada artigo, seguido do título, base de dados, periódico, classificação no QUALIS da Enfermagem, ano de publicação e campo de atuação dos autores. No corpo do texto, os artigos foram identificados pelo número arábico definido pela ordem da na tabela e sobrescrito.

Para a análise, adotou-se como critério a frequência de abordagem, sendo os temas mais discutidos: gênero; perfil da vítima, do agressor e do ato violento; a percepção da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher; visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência; (in) decisão acerca da denúncia e retirada da queixa e a rede de apoio às vítimas. Para cada uma dessas temáticas delineou-se uma categoria.

Tabela 1. Classificação dos estudos, segundo o código de identificação, título, base de dados, periódico, Qualis da enfermagem, ano de publicação e área.

Cód.	Titulo	Base	Periódico	Qualis	publ	Área
1	A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero	SCIELO	Rev. Esc. Enfer. USP	A2	2011	Enf.
2	A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2013	Med.
3	A Dinâmica da Violência Doméstica: uma	SCIEL	Saúde	B1	200	Saúde

	análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro	O	Sociedade		9	Coletiva
4	A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2009	Enf.
5	Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela – Brasil, 2009	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2012	Med.
6	Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil	SCIELO	Cad. Saúde Pública	A2	2008	Med.
7	Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2012	Enf.
8	Enfrentamento da violência infligida pelo parceiro íntimo por mulheres em área urbana da região Nordeste do Brasil	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2012	Med. Social
9	Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras	SCIELO	Rev. Latino-Am. Enf.	A1	2012	Enf. Med. Odont.
10	Gender and sexual violence among students at a brazilian university	SCIELO	Rev. Bras. Saúde Mat.Inf.	B1	2012	Saúde Reprodutiva
11	Haciendo visible lo invisible. Violencia de género y entre generaciones en uma comunidad indígena colombiana	SCIELO	Invest Educ Enferm.	B1	2010	Odont. Psicol.
12	Homens e mulheres em vivência de violência conjugal: Características socioeconômicas	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2012	Enf.
13	Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2013	Enf.
14	Percepção da violência doméstica por mulheres gestantes e não gestantes da cidade de Campinas, São Paulo	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2009	Enf. Psicol. Med.
15	Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria	SCIELO	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2010	Enf.
16	Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência	SCIELO	Inter. Comunic, Saúde, Educ.	B1	2007	Med.
17	Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico	SCIELO	Texto Contexto Enf.	A2	2012	Enf.
18	Renunciantes de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2006	Med. Preventiva
19	Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2011	Med. Preventiva
20	The response to gender violence among Brazilian health care professionals	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2013	Enf. Med. Psicol.
21	Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazi	SCIELO	Cad. Saúde Pública	A2	2010	Med.
22	Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família	SCIELO	Rev Panam Salud Publica	B1	2010	Med. Psiquiat.
23	Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de	SCIELO	Rev. Esc. Enfer. USP	A2	2008	Enf.

	saúde					
24	Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher	SCIELO	Estudos de psicologia	B2	2011	Psicol.
25	Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?	SCIELO	Rev. Bras. Saúde Mat. Inf.	B1	2012	Enf. Med. Social
26	Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde	SCIELO	Rev. Gaúcha Enf.	B1	2013	Enf.
27	Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde	SCIELO	Rev. Bras. Epidemiol.	B1	2010	Med. Preventiva
28	Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2007	Med. Preventiva
29	Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2010	Psiquiatria
30	Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF	SCIELO	Rev. Saúde Pública	A2	2009	Enf.
31	Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano	SCIELO	Texto Contexto Enf.	A2	2007	Enf.
32	Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres	SCIELO	Rev. Bras. Enf.	A2	2009	Enf.
33	A Violência Conjugal Contra a Mulher a Partir da Ótica do Homem Autor da Violência	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2008	Enf.
34	A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2011	Psicologia Social
35	A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres	LILACS	Esc. Anna Nery Enf.	B1	2009	Enf.
36	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	LILACS	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	B1	2009	Assist. Social Med.
37	Ambiguidades e Contradições no Atendimento de Mulheres que Sofrem Violência	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2011	Enf. Med. Prev. Filos.
38	Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil	LILACS	Ciência & Saúde Coletiva	B1	2007	Med. Preventiva
39	Construyendo un lenguaje incomun en mujeres víctimas de violencia conjugal	LILACS	Esc. Anna Nery Enf.	B1	2008	Enf.
40	Desistindo da denúncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica	LILACS	Rev. Esc. Enfer. USP	A1	2008	Enf.
41	Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México	LILACS	Cad. Saúde Publica	A2	2006	Saúde Pública
42	Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica	LILACS	Rev chil neuro-psiquiat	B1	2010	Psicol.
43	Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo	LILACS	Saúde Sociedade	B1	2008	Enf. Terap. Saude Col.
44	Femicídios: homicídios femininos no Brasil	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2011	Enf.
45	Homens desvelando as formas da violência conjugal	LILACS	Acta Paul Enf.	A2	2008	Enf.
46	Intencionalidades de mulheres que decidem denunciar situações de violência	LILACS	Acta Paul Enf.	A2	2012	Enf.
47	O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores	LILACS	Rev. Enf. UERJ	B1	2008	Enf.

48	Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher	LILACS	Psic. ciência e profissão	B2	2007	Odont. Saúde Coletiva
49	Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o Enfrentamento da violência contra a mulher	LILACS	Rev. enferm. UERJ	B1	2012	Enf.
50	Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas	LILACS	Esc Anna Nery	B1	2012	Enf.
51	Perspectivas para o cuidado de enfermagem às mulheres que denunciam a violência vivida	LILACS	Esc Anna Nery	B1	2011	Enf.
52	Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual	LILACS	Rev. Esc. Enf. USP	A2	2007	Enf.
53	Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil	LILACS	Rev. Saúde Pública	A2	2007	Med. Preventiva
54	Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave	LILACS	Interface, comunic., saúde e educ.	B1	2011	Psicol. e educação Med. Social
55	Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento	LILACS	Paidéia	B3	2011	---
56	Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem	LILACS	Inter. comunic., saúde e educ.	B1	2011	Enf.
57	Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo	LILACS	Physis Rev de Saúde Coletiva	B1	2012	Med.
58	Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro	LILACS	Interface, comunic., saúde e educ.	B1	2011	Saúde coletiva
59	Típico da ação das mulheres que denunciam o vivido da violência: contribuições para a enfermagem	LILACS	Rev. enferm. UERJ	B1	2011	Enf.
60	Violência contra a mulher: caracterização de casos atendidos em um centro estadual de referência	LILACS	Rev Rene	B2	2011	Enf.
61	Violência contra a Mulher e atendimento Psicológico: o que Pensam os/as gestores/as municipais do SUS	LILACS	Psic. ciência e profissão	B2	2006	Psicol.
62	Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	LILACS	Interface - Comunic., Saúde, Educ.	B1	2009	Psicol. Med. Social
63	Violência contra gestantes em delegacias especializadas no atendimento à mulher de Teresina-PI	LILACS	Rev. Rene	B2	2010	Enf.
64	Violência doméstica contra a mulher na visão do agente Comunitário de saúde	LILACS	Rev Latino-am Enfermagem	A1	2009	Enf.
65	Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2012	Saúde Reprodutiva
66	Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde	LILACS	Rev Saúde Pública	A2	2008	Ciências da Saúde
67	Violencia psicológica contra la mujer por su pareja en el Perú, 2004 – 2007	LILACS	Rev. Peru. epidemiol.	x	2009	Med.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após análise criteriosa, permaneceram 67 estudos, sendo 32 pela SCIELO e 35 pela LILACS. O volume de publicações segundo o ano foi: 2006 com três estudos; 2007 com sete; 2008 com nove; 2009 com 10; 2010 com oito; 2011 e 2012 com 13 cada e 2013 com quatro estudos, mostrando que desde a implantação da LMP o fenômeno da violência vem ganhando espaço no campo científico. Embora no ano de 2013 figure um pequeno número de publicações acerca da temática, sabe-se que as publicações ainda não foram integralizadas, pois a maior parte dos periódicos publicou os volumes referentes ao primeiro semestre.

Constata-se que a Enfermagem é líder nas publicações referentes a essa temática, com 29 artigos, seguida pela medicina com 16. Encontraram-se, ainda, 10 estudos cujos autores eram profissionais com diferentes formações acadêmicas, os demais estudos eram das áreas de saúde coletiva, psicologia, assistência social, entre outros.

Embora 12 trabalhos tenham abordado a equipe de saúde, apenas três enfocaram o TE e dois o ACS, mesmo assim suas falas ficaram dissolvidas entre as dos demais membros da equipe. Não se identificaram estudos específicos com TE, e três trabalhos foram direcionados exclusivamente aos ACS. Essa constatação pode indicar que as produções científicas voltadas para a assistência às vítimas de violência estão centradas no fazer da Enfermeira e do Médico.

3.1 Violência contra a mulher na perspectiva de gênero

A violência contra a mulher, enquanto fruto das desigualdades de gênero, é apresentada em 17 estudos[1, 2, 4, 12, 14, 18, 23, 26, 30, 32, 33, 38, 39, 41, 45, 52, 55], fundamentando-se principalmente no poder masculino sobre o feminino. Esse poder é culturalmente aprendido, e muitas vezes aceito como natural e, de forma inquestionável justificam os inúmeros atos violentos praticados contra as mulheres[38, 39]. O patriarcado é citado como a origem das diferenças entre mulheres e homens, cabendo a eles o papel de provedor familiar e, consequentemente, com necessidade e direito a estudar e ir para o mercado de trabalho[1,12,14,23].

Segundo os estudos analisados, as diferenças de gênero vêm sendo perpetuadas de geração em geração e, no cotidiano, visualiza-se pela premissa de que a mulher deve atender às necessidades masculinas, cuidar do lar e dos filhos, ser boa dona de casa, mãe esforçada e

dedicada, recatada e moça de família[12, 14, 18, 23]. Também se evidencia pela opressão e controle nas relações conjugais, pois o homem se dá o direito de proibir a esposa de estudar, de ver amigos e familiares e de conversar com outros homens. O marido controla ainda os locais aonde ela vai, as roupas que usará, além de, constantemente, suspeitar de traição[2, 30, 45]. Estudiosos como, Dutra et al. (2013) afirmam que algumas mulheres não percebem essas e outras atitudes controladoras como atos que violam seus direitos[2]. Os autores estendem a argumentação, afirmando que a idealização do casamento faz com que muitas mulheres encontrem justificativas para minimizar os atos violentos e assim manter o relacionamento com o agressor, pois a separação conjugal é sentida como fracasso pessoal[2].

Segundo Souto, Braga (2009), Santos e Moré (2011) a submissão feminina toma conta dos sentimentos e pensamentos de muitas mulheres, fazendo-as sentirem-se incapazes, desvalorizadas, desamparadas, inferiores, inseguras e impossibilitadas para um recomeço[32, 55]. Souto e Braga (2009) evidenciam que algumas mulheres justificam os maus tratos, afirmando que o marido é um bom pai e não deixa faltar nada em casa, dessa forma mantêm a esperança de que algo possa mudar[32].

A decisão de romper com submissão é um longo processo. Nesse sentido, Oliveira e Fonseca (2007) enfatizam que quanto maior o tempo de dominação mais difícil é a superação[52]. Esses autores destacam, entre os sentimentos que mantêm as mulheres presas à violência, a falta de coragem e o medo, que também é partilhado pelos profissionais de saúde[52].

Muitos profissionais de saúde reconhecem o poder do agressor como uma prática social, algo histórico que reprime a mulher e torna os profissionais impotentes para atuação[20, 23]. Hesler et al. (2013) abordam a percepção dos profissionais acerca da violência. Enfocando seu estudo nos ACS, os autores afirmam que eles percebem a violência contra a mulher como algo muito arraigado na história, na cultura e acima de tudo nas diferenças sexuais[26]. Relatam que inúmeras mulheres, por eles atendidas, não reconhecem a violência como tal, pois aceitam toda e qualquer conduta do parceiro como verdadeira e inquestionável[26].

3.2 Caracterização do perfil da vítima, do agressor e do ato violento

O perfil da vítima é delineado em 25 estudos[5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 21, 22, 24, 29, 30, 32, 43, 44, 46, 47, 50, 53, 55, 57, 60, 63, 65, 67], porém não há homogeneidade entre eles. Acredita-se que a diversidade regional e entre os países em que os estudos foram realizados tenha influenciado o resultado.

A maioria dos estudos identificou a mulher como principal vítima de violência. Entre elas predominam as com idade entre 20 e 39 anos, ou seja, jovens em idade produtiva e reprodutiva, baixa escolaridade e autodeclaradas negras. A maioria é financeiramente dependente, tendo vínculo empregatício com baixa remuneração e trabalham como empregadas domésticas ou exercendo as atividades do lar. Quanto ao estado conjugal, são casadas ou vivem em coabitação com o agressor e têm filhos com ele.

Embora a violência esteja fortemente associada a classes desfavorecidas, ela também é comum nas famílias com boa situação financeira, porém, nesses casos, permanece mais velada. Gadoni-Costa, Zucatti e Dell'aglio (2011) apregoam que a diferença entre as vítimas economicamente abastadas e as desfavorecidas é que as primeiras têm recursos para contratar clínicas, médicos, advogados e psicólogos, identificando vítimas com ensino superior, funcionárias públicas e professora[24].

O perfil do agressor é debatido em 16 estudos[5, 6, 10, 12, 15, 21, 24, 28, 30, 43, 45, 47, 50, 55, 57, 63], sendo identificado como do sexo masculino, parceiro íntimo, autodeclarados da cor negra, jovens, com baixa escolaridade e tendo filhos com a vítima, quase que a totalidade exercia profissões fora do lar, predominando pedreiros e motoristas. Embora o perfil do agressor esteja associado à baixa escolaridade e profissões pouco remuneradas, Zotareli et al. (2012) evidenciam que estudantes universitários, também cometem atos violentos após o ingresso na universidade[10]. Em sua maioria os agressores estavam sob o efeito de álcool ou drogas no momento da agressão, outros usavam tais substancias diariamente, influenciando nas atitudes e julgamentos do agressor e afetando não só a vítima como também toda a família[24, 30].

A caracterização da violência é descrita em 24 estudos.[3, 5, 6, 11, 14, 15, 19, 21, 22, 24, 28, 29, 30, 32, 40, 42, 43, 47, 50, 53, 55, 57, 60, 63]. Embora ocorra sob diferentes formas, as mais frequentes foram a física e a psicológica, ocorrendo isoladamente ou de forma simultânea. Destaca-se que nenhum estudo citou as violências patrimonial e moral. A forma física é descrita por Leôncio et al. (2008) como a mais fácil de ser identificada, pois deixa marcas visíveis[47].

Com frequência, os atos violentos são concretizados sob a forma de queimaduras, estrangulamento, tapas, socos, chutes, arremesso de objetos, ameaças, uso de armas, xingamentos, insultos, humilhações, entre outros[21, 22, 24, 29, 30, 42, 53]. Dentre os motivos desencadeadores da violência, os estudos citam o abuso de álcool e outras drogas, ciúme, infidelidade, problemas financeiros, desemprego, nervosismo, recusa da separação conjugal por parte do parceiro e denúncias feitas pela vítima, entre outros[3, 6, 7, 11, 14, 29, 40, 43, 47, 60].

3.3 Percepções da vítima e do agressor sobre a violência contra a mulher

A percepção da vítima sobre a violência é debatida em 14 estudos[14,15,17,18,28,31,35,38,39,40,43,46,55,57] e do agressor em quatro[3,33,38,45]. As vítimas reconhecem que, independente da forma, a violência gera desesperança, dor e sofrimento. No entanto, salientam que muitas vezes as palavras ferem mais que uma agressão física[14,35,39].

Inúmeras vítimas enfrentam diariamente situações constrangedoras e humilhantes e não as reconhecem como violência, sendo, para elas, natural revidarem o companheiro no mesmo nível[28, 31, 40, 43]. Quando há o reconhecimento da violência, elas amenizam os atos agressivos, caracterizando-os como pequenos desentendimentos, problemas momentâneos e passageiros. Usam justificativas, tais como, ele só agride quando alcoolizado, ou referem tratar-se de ciúmes o qual, segundo elas, representa uma forma de cuidar[18, 39, 40, 55, 57]. Apesar de, em geral, as vítimas sentirem rancor e desejarem acabar com os atos violentos, muitas permanecem no relacionamento com a esperança de que vá passar. Para tanto, buscam apoio religioso, de amigos, familiares e profissionais da psicologia[14, 46, 55].

Do ponto de vista masculino, a agressão é algo comum entre os casais. Os homens sentem-se injustiçados com a denúncia feita pela parceira, argumentam que elas também batem e proferem palavras humilhantes, justificando o seu ato violento como legítima defesa[3, 33]. De acordo com Rosa et al. (2008), alguns homens afirmam que a situação violenta só eclode quando eles já não conseguem mais suportar as ações das parceiras[33]. Tais ações são descritas como a falta de cuidado para com os filhos, além de serem autoritárias, dominadoras e desencadeadoras de vergonha e humilhação ao homem.

Outros estudos evidenciam que os atos violentos são minimizados sob alegação de perda da paciência, abuso de bebidas alcoólicas, desconfianças, ciúme, infidelidade, cobrança e incompreensão por parte da mulher[33, 38, 45]. Evidenciam ainda que algumas mulheres cumprem com seus deveres conjugais, mantendo atividade sexual, mesmo sem desejo e que só prestam queixa criminal quando há interesse financeiro, ou seja, bens materiais como casa e carro[3, 33, 45].

3.4 A visão dos profissionais que atuam no atendimento das vítimas de violência contra a mulher

A visão dos profissionais envolvidos no combate à violência é foco de 25 estudos[1,4,7,13,19,20,23,25,26,34,36,37,39,41,48,49,52,54,56,58,61,62,64,65,66]. Sua ocorrência é associada às esferas social e econômica, incluindo o acesso à educação e emprego, bem como ao abuso de substâncias psicoativas[19, 41, 58, 66]. Os profissionais cultivam sentimentos negativos, demonstrando-se frustrados, estressados, impotentes e angustiados[19,34,37,52,62]. Esses sentimentos podem estar ligados ao fato de perceberem sua atuação muito limitada aos desejos e decisões da vítima, ao sistema judiciário, entre outras[36, 62].

Estudos abordam que a intervenção do profissional nos casos de violência requer maior reflexão, pois muitos, para sua própria proteção, evitam envolver-se, temendo represália do agressor[4 ,41, 52, 66]. Kiss e Schraiber (2011) referem que são as profissionais do sexo feminino quem mais se sensibiliza a auxiliar as vítimas[19].

Alguns trabalhos identificaram em seus resultados a forma reducionista com que determinados serviços e profissionais de saúde assumem suas responsabilidades quanto à violência[1, 13]. Uns apenas identificam e tratam lesões e sinais físicos com medicação para dor e depressão, outros insistem em ofuscar a violência (re)afirmando que em seu serviço de saúde não ocorrem esses casos[13,19,41]. O adequado atendimento prestado pelos profissionais de saúde engloba acolhimento, criação e manutenção do vínculo de confiança, orientações e encorajamento da vítima para falar sobre a situação[7, 25, 62, 66].

Costa, Lopes (2012), Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) reconhecem a visita domiciliar feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) como a principal forma de desvelamento dos atos violentos, pois diariamente esses profissionais entram nos lares, moram nas proximidades do trabalho, criam amizade com as usuárias do serviço, ganham confiança e tornam-se alguém com quem as mulheres desabafam[7, 48]. Além dos ACS, Guedes, Fonseca e Egry (2013) identificam que as consultas médicas e de enfermagem são os espaços mais procurados pelas vítimas para desabafarem[13].

Na opinião de Hesler et al. (2013), é importante que o ACS ganhe credibilidade junto à comunidade, para que a confiança se estabeleça[26]. Assim, em sua atuação, o ACS representa um elo entre as vítimas e os demais membros da equipe de saúde, pois leva até eles os casos de violência que identificam ou que lhe são relatados[26].

Dentre as estratégias de atenção prestada às vítimas, os autores destacam as atividades grupais, pois, ao dividir o problema com outras pessoas que se encontram na mesma situação, é possível partilhar sentimentos e forças para o enfrentamento[7, 36]. Na percepção de Costa e Lopes (2012), o espaço grupal para as moradoras em áreas rurais é o único contato social,

uma vez que o agressor só permite que ela saia de casa para o serviço de saúde, e a distância dos serviços de proteção, como as delegacias, é muito grande[7].

Alguns estudos apregoam que os profissionais de saúde sentem-se despreparados para atuar frente às situações de violência, pois declaram que a experiência em debates e problematizações dessa temática durante a graduação é pouca ou inexistente, configurando uma grande preocupação[4, 23, 34, 66]. Lacunas como essa representam entraves para uma assistência integral à vítima, o que torna necessário mobilizar e sensibilizar as instituições formadoras para a inserção da temática nos currículos pedagógicos, oportunizando aos estudantes maiores experiências no que tange à identificação, acolhimento, tratamento e encaminhamento das vítimas de violência no âmbito da saúde[4, 23, 34, 66]. Outros autores identificam como uma estratégia, para amenizar a lacuna da formação profissional, os espaços para debate da temática na equipe multiprofissional, pois a troca de experiência é muito rica[13, 23].

No que concerne às leis e políticas no campo da violência contra a mulher, Vieira, Padoin e Landerdahl (2009) identificaram que os profissionais as desconhecem ou têm conhecimento insuficiente[4]. Apontam também que a maioria dos profissionais menciona a Lei Maria da Penha como respaldo legal e fonte de informação para orientar as vítimas, no entanto admitem não conhecerem a lei na integra[4]. Nos resultados de Herrera e Agoff (2006), referente à notificação da violência contra a mulher, os médicos afirmam não realizar, os enfermeiros dizem que realizam, no entanto, por vezes, a ausência da ficha de notificação no serviço de saúde constitui um entrave para a notificação[41].

Algumas barreiras ao atendimento de vítimas de violência são elencadas por Enfermeiros e Médicos, como a desestruturação dos serviços de saúde, no que tange à grande demanda de usuários, poucos funcionários, falta de medicamentos, estrutura física precária e demora na prestação de serviços laboratoriais[19, 54, 62, 66].

3.5 (In)decisão acerca da denúncia e da retirada da queixa e as redes de apoio às vítimas

O tema (in)decisão da denúncia e retirada da queixa é identificado em 16 artigos[2, 3, 6, 8, 11, 15, 17, 18, 22, 40, 46, 47, 51, 55, 59, 60]. A decisão de romper com o silêncio percorre um longo caminho de incertezas, desafios e uma gama enorme de sentimentos. Muitas vezes, as vítimas passam longos períodos de insegurança e por repetidos atos violentos antes de decidirem expor sua situação, isso decorre, possivelmente, de constantes ameaças e constrangimentos,

bem como do medo e da vergonha[2, 3, 11, 15, 47]. Nesse sentido, Labronici et al. (2010) afirmam que a dependência financeira e o bem-estar dos filhos são preocupações constantes que interferem na decisão de sair de casa e expor a violência sofrida[15].

A atitude da vítima em romper com o silêncio é motivada pela gravidade com que os atos violentos a atingem, principalmente se há a possibilidade de morte[8, 17, 40]. Na percepção de Brandão (2006) essa atitude também é gerada quando as vítimas chegam ao limite de sua dor, a agressão ocorre em local público, deixa marcas visíveis no corpo ou atinge os filhos e alguém externo à situação[18].

O primeiro passo para o rompimento com a violência se dá quando a mulher sai de casa e procura a rede de apoio, constituída pela família, instituições de saúde, governo, conselhos, autoridades, delegacias, centros de referência, profissionais de saúde, amigos ou vizinhos[11, 17]. No entanto, não são todas que encontram o suporte da rede, o que contribui para o retorno da mulher ao convívio com o agressor[2, 3, 22, 47]. Além disso, o retorno também é justificado pelo sentimento de amor, pela dependência financeira, ameaças, incredibilidade na lei, desejo de manter a família, e a esperança de que o parceiro possa melhorar[6, 60].

Estudos evidenciam que algumas vítimas realizam inúmeras denúncias, o que pode ser justificado pela ineficiência judiciária ou pela tardança no processo punitivo[40, 46]. No entanto, para Brandão (2006) a realização da denúncia é interpretada, por algumas vítimas, como um meio de intimidar o parceiro, assustá-lo e estimulá-lo a mudar as atitudes violentas[18]. Assim, ao realizar a denúncia, as mulheres afirmam não desejarem a prisão do parceiro, mas apenas mostrar-lhe que poderá sofrer consequências se voltar a agredi-la[18, 40]. Dessa forma, a retirada da denúncia torna-se um procedimento de rotina em muitas delegacias, principalmente se há reconciliação com o agressor, promessa de não agressão, preocupação com os filhos e dependência econômica[3, 18, 40, 47, 55].

A desistência da denúncia, na perspectiva de Brandão (2006), é uma forma de barganha com o parceiro, como se fosse uma "carta na manga", pois omitem dele o encaminhamento dado ao registro, para mantê-lo sob controle[18]. Por outro lado, a denúncia é como um ato libertador da mulher, pelo qual o agressor é retirado do lar e ela pode voltar a trabalhar, estudar, escolher suas roupas e interagir com outras pessoas[46, 51, 55, 59].

As redes de apoio são abordadas em 13 estudos[2, 3, 4, 8, 13, 14, 15, 16, 27, 36, 37, 49, 65]. Na percepção das vítimas de violência, a credibilidade das leis de proteção tem-se tornado cada vez menor, à medida que realizam a denúncia, e o agressor permanece preso por pouco tempo[2]. As vítimas de violência elegem como rede de apoio a igreja, polícia militar, amigos,

família, vizinhos, delegacias, hospitais, serviços de saúde, programas sociais e casa abrigo[2, 3, 8, 13, 15, 65]. Por outro lado, Osis, Duarte e Faúndes (2012) relatam que há mulheres que deixam de procurar apoio nas unidades básicas de saúde por não visualizarem as mesmas como locais que podem prestar atendimento às vítimas de violência[65]. No estudo de Dutra et al. (2013), uma técnica de enfermagem reconhece a importância de prestar atendimento à vítima de forma integrada, no entanto, afirma que a rede está sendo, lentamente, construída pelos profissionais da saúde[2].

De acordo com Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007), no cenário das delegacias especializadas, por vezes, os profissionais que nelas atuam encontram-se tão mergulhados na rotina de trabalho que acabam não abrindo espaço para a vítima desabafar e coletam apenas as informações necessárias para o inquérito[16]. Outro impasse no atendimento é o uso do linguajar técnico da área jurídica, bem como a reprovação das delegadas pelo fato de algumas vítimas denunciarem apenas com o objetivo de corrigir o parceiro[16].

Ainda no que tange aos impasses no atendimento à vítima de violência, Villela et al. (2011) evidenciam que as vítimas enfrentam longos períodos de espera para efetuar o registro nas delegacias especializadas, e que essas não abrem após o horário comercial nem nos finais de semana, obrigando a vítima a procurar atendimento em delegacias comuns[37].

Para tanto, Gomes et al. (2012) orientam acerca da necessidade de capacitações e orientações das equipes de saúde, bem como do investimento pelos órgãos políticos e sociais, além de maiores recursos tanto financeiros quanto humanos para os serviços da rede de apoio[49].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que as tendências dos estudos publicados entre 2006 e 2013 são pertinentes e em muito contribuem para a enfermagem, principalmente alertando as equipes de saúde acerca de aspectos fundamentais de sua atuação para o atendimento à mulher vítima de violência doméstica. Ainda possibilitam compreender a visão da vítima, do agressor e dos profissionais de saúde acerca da VDCM. No entanto, pouco são os estudos desenvolvidos com os profissionais técnicos de enfermagem e agentes comunitários, identificando-se assim uma fragilidade deste estudo. Assim, espera-se que este estudo sirva de base para que novas pesquisas, com diferentes tendências e com foco em técnicos de enfermagem e agentes

comunitários sejam realizadas e forneçam estratégias de combate, proteção à vítima, punição e recuperação dos agressores.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, E. R. Renunciantes de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, vol.16, n.2, p.207-31. 2006.

CFEMEA. Centro Feminista de Estudos e Assessoria**. Lei Maria da Penha:** do papel para a vida. Comentários à Lei 11.340/2006 e sua inclusão no ciclo orçamentário. Brasília, 2007.

COSTA, M. C.; LOPES, M. J. M. Elementos de integralidade nas práticas profissionais de saúde a mulheres rurais vítimas de violência. **Rev Esc Enferm USP,** vol.46, n.5, p.1088-95. 2012.

DUTRA, M. L. et al. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.18, n.5, p.1293-304, 2013.

FACED. Violência Contra as Mulheres pelo Mundo. 2011. Disponível em: <http://www.faced.ufba.br/numeros/violencia_contra_mulher.htm>. Acessado em 27 jan. 2014.

GADONI-COSTA, L. M.; ZUCATTI, A. P. N.; DELL'AGLIO, D. D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia,** vol.28, n.2, p.219-27. 2010.

GOMES, N. P. et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. enferm. UERJ**, vol.20, n.2, p.173-8. 2012.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. **Rev Esc Enferm USP**, vol.47, n.2, p.304-11. 2013.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemmas of healthcare providers towards domestic violence in Mexico. **Cad. Saúde Pública,** vol.22, n.11. 2006.

HESLER, L. Z. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev Gaúcha Enferm,** vol.34, n.1, p.180-6. 2013.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16, n.3, p.1943-52. 2011.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu),** vol.11, n.23. 2007.

LABOISSIÈRE, P. Pedidos de informação sobre Lei Maria da Penha foram 434.734 em cinco anos. **Jornal do Brasil:** 05/08/2011. Disponível em: <http://www.jb.com.br/pais/noticias/2011/08/05/pedidos-de-informacao-sobre-lei-maria-da-penha-foram-434734-em-cinco-anos/>. Acessado em 17 jan. 2014.

LABRONICI, L. M. et al. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Rev Esc Enferm USP**, vol.44, n.1, p.126-33. 2010.

LEÔNCIO, K. L. et al. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. **Rev. enferm. UERJ**, vol.16, n.3, p.307-12. 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev Esc Enferm USP**, vol.41, n.4, 2007.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAÚNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev Saúde Pública**, vol.46, n.2, p.351-8. 2012.

PAIM J. **Protegendo as Mulheres da Violência Doméstica.** Fórum Nacional de Educação em Direitos Humanos. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Seminário de Capacitação para juízes, procuradores, promotores, advogados e delegados no Brasil, Brasília; 2006.

ROSA, A. G. et al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saude soc.**, vol.17, n.3. 2008.

SANTOS, A. C. W.; MORÉ, C. L. O. O. Repercussão da violência na mulher e suas formas de enfrentamento. **Paidéia**, vol.21, n.49, p.227-35. 2011.

SCARANTO, C. A. A.; BIAZEVIC, M. G. H.; MICHEL-CROSATO, E. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol.27, n.4, p.694-705. 2007.

SOUTO, C. M. R. M.; BRAGA, V. A. B. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Rev Bras Enferm**, vol. 62, n.5, p.670-4. 2009.

VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Rev Gaúcha Enferm**, vol.30, n.4, p.609-16. 2009.

VILLELA, W. V. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde soc.**, vol.20, n.1, p.113-23. 2011.

ZOTARELI, V. et al. Gender and sexual violence among students at a brazilian university. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.,** vol.12, n.1. 2012.