

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E MENTAIS EM
MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A ATUAÇÃO DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MARINGÁ-PR (2015-
2019)**

CARLA CRISTINA RODRIGUES

MARINGÁ – PR
2024

Carla Cristina Rodrigues

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E MENTAIS EM
MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A ATUAÇÃO DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MARINGÁ-PR (2015-
2019)**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Medicina, sob a orientação da Prof. Dra. Tânia Maria Gomes da Silva.

MARINGÁ – PR
2024

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS COMPORTAMENTAIS E MENTAIS EM
MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E A ATUAÇÃO DO
PROFISSIONAL DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM MARINGÁ-PR (2015-
2019)**

Carla Cristina Rodrigues, João Vítor da Costa, Lauriane Silveira Colpo,
Tamara Tomitan Richter, Tânia Maria Gomes da Silva

RESUMO

A violência contra a mulher é um problema ainda muito presente na sociedade, pautada sobre fundamentos patriarcais, e legitimada pelo discurso machista e misógino que permeia todas as esferas sociais. O presente estudo teve como objetivo analisar os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a fim de trazer uma reflexão sobre a prevalência de transtornos mentais e comportamentais em vítimas de violência contra a mulher, além de compreender o papel do profissional de saúde no atendimento das vítimas. É uma pesquisa transversal, de abordagem quali-quantitativa. Foi evidenciado o papel do parceiro íntimo como principal autor da violência, e uma prevalência de 9,86% de casos relacionados a pessoas com transtornos psiquiátricos. Vale ressaltar a importância reservada aos profissionais da medicina no enfrentamento da violência. Assim, a ação dos médicos deve ir além das ações curativas, mas se pautar também no acolhimento e prática responsável da notificação epidemiológica, a fim de subsidiar políticas públicas mais efetivas de combate à violência de gênero.

Palavras-chave: Direitos humanos. Gênero. Profissionais da saúde. Violência.

**PREVALÊNCIA OF BEHAVIORAL AND MENTAL DISORDERS IN WOMEN WHO
SUFFER DOMESTIC VIOLENCE AND ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
SAÚDE: A CASE STUDY IN MARINGÁ-PR (2015-2019)**

ABSTRACT

Violence against women is a problem that is still very present in society, based on patriarchal foundations, and legitimized by sexist and misogynistic discourse that permeates all social spheres. The present study aimed to analyze data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), in order to reflect on the prevalence of mental and behavioral disorders in victims of violence against women, in addition to understanding the role of the professional of health in the care of victims. It is a cross-sectional research, with a qualitative-quantitative approach. The role of the intimate partner as the main perpetrator of violence was highlighted, and a prevalence of 9.86% of cases related to people with psychiatric disorders. It is worth mentioning that the healthcare professional's care goes beyond dressing. We must also focus on reception and carrying out epidemiological notification to support more effective public policies to combat gender-based violence.

Keywords: Human rights. Gender. Violence Against women. Psychiatric disorders.

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, a violência contra as mulheres constitui uma prática presente em diferentes sociedades e culturas, entendida como resultado do patriarcado (LERNER, 2019) e das desigualdades de gênero (SCOTT, 2019), que norteiam as relações entre homens e mulheres em praticamente todas as sociedades conhecidas até o momento. Embora pesquisas antropológicas tenham encontrado sociedades em que as mulheres tinham certo protagonismo, como o estudo de Mead sobre os Tchambuli, na Nova Guiné (MEAD, 1935 apud FELIPPE, OLIVEIRA-MACEDO, 2018) a dominação masculina e a submissão das mulheres constitui a forma dominante das relações entre os sexos, prolongando-se dos tempos mais remotos até os dias contemporâneos (BOURDIEU, 2002). Por isso, muitos relacionamentos afetivo conjugais permanecem pautados nos padrões sociais estabelecidos ao longo da história (BASÍLIO; MUNER, 2023).

Atualmente, estudos sobre a violência contra as mulheres têm sido realizados prioritariamente se valendo da contribuição teórica de gênero, que é entendido como a construção social da masculinidade e feminilidade, distinto de sexo, que é biológico (SCOTT, 2019).

O fenômeno da violência de gênero permeia todas as classes sociais, sendo um problema de saúde pública que impacta diretamente nos serviços de saúde, os quais têm o papel de acolher essas vítimas e ser, muitas vezes, a primeira oportunidade de conseguir ajuda e encaminhamento para os serviços especializados de denúncia e acolhimento (BASÍLIO; MUNER, 2023). Ademais, a violência de gênero contra mulheres decorre unicamente do fato de serem mulheres; reflexo da misoginia, do machismo e dos valores patriarcais que em pleno século XXI persistem. As violências de gênero se manifestam de maneira especialmente cruel contra as mulheres negras, numa terrível interseção de racismo e sexism (HOOKS, 2019).

Através da Conferência de Direitos Humanos, realizada em 1993, a Organização das Nações Unidas (ONU) definiu oficialmente a violência contra a mulher como sendo "qualquer ato de violência de gênero que cause ou possa causar dano físico, sexual ou psicológico à mulher, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto em espaços públicos quanto privados" (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS), seguiu esta mesma definição, passando, a partir desta mesma década, a se preocupar efetivamente com as consequências da violência sobre a saúde física e psíquica das mulheres que se encontravam expostas a esta situação (WHO, 2021).

Durante a 49ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1996, governantes de diferentes países foram alertados de que as vítimas de agressões e abusos podiam sofrer diversos problemas físicos e psicológicos, com manifestações orgânicas e comportamentais. Em 2002, no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, pesquisadores da OMS ressaltaram que a violência estava associada a várias doenças, destacando a vulnerabilidade das mulheres a esse fenômeno, tais como síndrome do intestino irritável, enxaqueca, fibromialgia, problemas oculares, distúrbios do sono, obesidade, depressão, aborto espontâneo, ideação suicida, uso de álcool e drogas, e outras condições adversas que poderiam ser desencadeadas pelo trauma e pelo estresse vividos através da violência (KRUG et al., 2002).

O papel do profissional da saúde no acolhimento às vítimas de violência doméstica é de extrema importância, especialmente a notificação dos casos, conforme determina a Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003). Entretanto, muitos profissionais desconhecem esta Lei e a confundem com denúncia, embora sua finalidade seja especialmente de cunho epidemiológico e de amparo legal tanto para os profissionais quanto para o paciente (RIBEIRO; SILVA, 2018). Isto ocorre, em grande parte, porque não se encontram capacitados para uma ação efetiva contra uma questão tão sensível como é a violência e que, ainda mais, não parece fazer parte dos quadros tradicionais das doenças (RICHTER, COSTA, SILVA, 2023).

Frente ao exposto, este trabalho analisa os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), bem como busca compreender o papel que tem sido adotado pelo profissional de saúde no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, exploratório e de abordagem mista (qualitativa e quantitativa), realizado através da análise de dados do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), relacionados ao município de Maringá-PR, no período de 2015 a 2019. Os dados do SINAN são de domínio público, mas o acesso integral às informações da ficha de notificação só se efetiva após aprovação do Serviço Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Município de Maringá-PR.

Para a análise das fichas de notificação utilizou-se como critério ser paciente do sexo feminino, ter sofrido violência praticada pelo parceiro ou ex-parceiro íntimo, e ser maior de 18 anos. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística simples, percentual e

do Excel para elaboração das tabelas. Para o entendimento acerca do papel adotado pelos profissionais da saúde foi realizada entrevista semiestruturada com dois profissionais médicos, cujos nomes foram trocados por pseudônimos, para preservação da privacidade dos mesmos. As entrevistas tiveram como intuito conhecer as experiências com a notificação e com o atendimento às vítimas de violência de gênero em serviços de saúde públicos ou privados.

Os entrevistados foram convidados a participar e assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas ocorreram no próprio local de trabalho dos profissionais. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (UNICESUMAR) como aditivo ao parecer nº 5.502.439, atendendo à resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os dados foram interpretados através da análise de conteúdo de Bardin (2016), seguindo as etapas descritas por esta pesquisadora: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação. A teoria de gênero subsidiou a discussão, fornecendo elementos para a compreensão do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Quanto aos dados obtidos pelo SINAN, foi observado que dos casos de violência interpessoal/autoprovocada (Classificação Internacional de Doenças - CID Y09), nos 5 anos que foram analisados, obteve-se uma média de 57,17% de casos cometidos por parceiros íntimos (Violência por Parceiro Íntimo - VPI). Por parceiro íntimo entende-se cônjuges e ex-cônjuges, namorados e ex-namorados. A prevalência anual de casos notificados que foram cometidos por parceiro íntimo está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Porcentagem de casos cometidos por parceiros íntimos em relação aos casos de violência de gênero contra a mulher cometidos exclusivamente por autores do sexo masculino, no município de Maringá (2015-2019)

2015	2016	2017	2018	2019
79,41%	52,94%	47,12%	53,28%	53,14%

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do SINAN.

Dos 1.531 casos notificados no período observado, 151 mulheres responderam ter algum transtorno mental ou comportamental, como depressão, ansiedade ou déficit de atenção, conforme os dados demonstrados na Tabela 2. Observa-se que 9,86% dos casos estão relacionados a quadros psiquiátricos que podem ter sido prévios ou consequência da situação de violência sofrida. Estes resultados corroboram com o estudo de Basílio e Muner (2023) que relaciona a violência psicológica aos distúrbios mentais e que persistem mesmo na falta de outras formas de agressão. Entretanto, os distúrbios mentais comuns tendem a ser mais recorrentes quando a violência psicológica ocorre juntamente com agressão física ou sexual.

Tabela 2 - Número de notificações de mulheres com transtorno mental ou comportamental que sofreram violência doméstica entre 2015 e 2019, no município de Maringá

2015	2016	2017	2018	2019	Total nos 5 anos
15	27	26	40	43	151

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do SINAN.

Associado ao sofrimento psíquico da vítima está o fato de a violência psicológica ocorrer de forma muitas vezes sutil, razão pela qual é facilmente ignorada pela sociedade e, inclusive, despercebida mesmo por pessoas do convívio da vítima. Tendo isso em mente, foi observado que a maior parte das notificações foi registrada com a tipologia de violência física, o que representou 80,33% das notificações. As notificações tipificadas como violência psicológica representaram apenas 16,72% dos casos (esses dados estão descritos na Tabela 3). O fato de que a violência física se sobreponha à psicológica levanta uma dúvida quanto ao correto preenchimento das notificações, porque esta última quase invariavelmente precede as agressões físicas.

Tabela 3 - Casos notificados como violência psicológica e casos notificados como violência física (2015-2019)

Ano	Notificado como violência psicológica	Notificado como violência física
2015	128	236
2016	82	254
2017	10	267
2018	17	249
2019	19	224
Total	256	1230

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados do SINAN.

Segundo Basílio e Muner (2023), a manifestação da violência tem característica cíclica, sendo dividida em etapas: a primeira etapa precede a injúria física, sendo manifesta na forma de ofensas, desqualificação e sofrimento psicológico, para então partir para a violência física, que é quando, na maior parte das vezes, as mulheres procuram o atendimento médico, com queixas que claramente evidenciam a situação de violência. Por fim, tem-se a etapa da “lua de mel”, onde o agressor, como visto anteriormente, é, em sua maioria, um parceiro íntimo da mulher, demonstra arrependimento e faz inúmeras promessas de mudança do seu comportamento, mas acaba retornando à primeira etapa da violência, dando seguimento ao que a literatura especializada denomina de “ciclo da violência”.

A mulher, muitas vezes, se vê aprisionada em um relacionamento violento devido à dependência emocional e/ou financeira e também falta de apoio familiar e social (GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL’AGLIO, 2011 apud FREITAS; FILHO, 2022). Muitos agressores privam a mulher do convívio social e dificulta que ela busque por atendimento médico ou ajuda psicológica, o que a torna ainda menos capaz de romper com o ciclo da violência e sair da dependência do agressor (BASÍLIO; MUNER, 2023). Evidencia-se a urgência de reforçar cada vez mais as políticas públicas para mulheres, além de ser necessária a reflexão acerca de ações que, além das já vigentes, como a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) contribua para mitigar este terrível problema de saúde pública e violação de direitos.

É importante ressaltar que o setor saúde constitui uma das primeiras oportunidades de amparo às mulheres vítimas de violência. Daí a importância de que todos os profissionais da área, sem exceção, sejam capacitados para identificar as situações de violência; acolher as vítimas por meio de uma escuta ativa; notificar a situação ocorrida e seguir os procedimentos para inseri-las na rede de proteção: Delegacia civil, Delegacia especializada no atendimento à mulher; Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM) e, em casos extremos, Casa Abrigo, de acordo com o município, visto que alguns destes serviços não estão disponíveis em todo o território nacional. A notificação compulsória deve ser realizada de maneira sigilosa, respeitando a privacidade e integridade da vítima.

Ressalte-se, por fim, que a Lei 10.778/2003 foi alterada pela Lei nº 19.931 de 10 de dezembro de 2019, que estabeleceu a obrigatoriedade da denúncia de casos confirmados ou suspeitos de violência à autoridade policial, no prazo de até 24 horas.

O profissional de saúde deve ser responsável ao oferecer a oportunidade da denúncia e facilitar o acesso aos órgãos competentes, mas, também deve ter o máximo de discrição e cautela ao comunicar à autoridade policial conforme está na legislação, pois deve prezar pelo

sigilo e segurança da paciente (BRASIL, 2003, 2019 e RICHTER; DA COSTA; DA SILVA, 2023).

3.2 O PROFISSIONAL DE SAÚDE, O ACOLHIMENTO E A NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Foram entrevistados profissionais médicos que atuam em pronto atendimento ou em unidade básica de saúde. Os entrevistados relataram que as unidades de pronto atendimento são mais frequentemente procuradas por vítimas com queixas físicas de violência, seja ela sexual ou deflagrada por outro meio, onde as próprias pacientes, muitas vezes, não reconhecem a violência psicológica e emocional envolvidas na situação (FREITAS; FILHO, 2022).

As entrevistas evidenciaram que mulheres com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), síndromes depressivas e ansiosas, dependência química e farmacológica, dores e outros acometimentos orgânicos, procuram atendimento para abrandar as consequências da violência que carregam no seu cotidiano (FREITAS; FILHO, 2022).

Foi questionado aos profissionais médicos se possuíam conhecimento quanto à obrigatoriedade da notificação compulsória nos casos de violência doméstica, conforme a Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003. Ambos se disseram familiarizados quanto à obrigatoriedade da notificação: “Confesso que não sei a lei, mas sei que tem que notificar” (ALBERTO).

Em seguida, os médicos foram questionados se já atenderam alguma vítima de violência contra a mulher:

Já atendi várias. No hospital [onde cursou o internato], no internato, a gente atende muito. Porque lá é referência para esse atendimento na região. Então não é incomum a gente atender mais de uma mulher em uma semana (Dr. ALBERTO).

Já, mas só em casos em que a paciente não chegou no momento [logo após sofrer a injúria]. Só pacientes que já passaram pela situação de violência no passado (Dra. CLARICE).

Os participantes também foram questionados sobre as condutas adotadas por eles no atendimento à mulher em situação de violência, a fim de perceber as que são tomadas quando a paciente busca o serviço logo após a ocorrência da violência e quando esta busca se dá tempos depois. O depoimento abaixo é do médico Alberto, um médico hétero e cis:

[...] tirar uma boa história clínica, escrever bastante [no prontuário], gerando sempre empatia. Documentar absolutamente tudo: como a paciente chegou, o estado que ela estava, não só lesão, mas o estado emocional também, sabe? Isso é muito importante. Eu tomo cuidado sempre de pôr alguém na sala, uma enfermeira, do sexo feminino, tiro uma boa história, faço a ficha de notificação. No caso do hospital que eu trabalho hoje, sempre que já passa pela triagem um caso desse, “apita” na tela o protocolo, então passa tudo, tanto o protocolo de medicamento, de tratamento e até precaução contra ISTs, que tem um coquetel de antibióticos, Flagyl [...].

O Flagyl é o nome comercial do medicamento Metronidazol, que é um antimicrobiano e antiparasitário, que têm uma função protetiva importante pra os casos de violência sexual.

Continuando seu depoimento, o Dr. Alberto afirma:

[...] quanto à parte mais burocrática, que é a ficha de notificação, tudo isso faz parte do atendimento, mas a sequência basicamente é essa: colher, documentar, fazer um exame físico minucioso, pedir uma segunda opinião, deixar a parte ginecológica para o(a) especialista. Porque para fazer uma perícia bem feita tem que partir do especialista, do ginecologista e obstetra, quando for possível, eles estando disponíveis no atendimento [...]. Mas, descrever tudo, principalmente o lado físico, mas também o estado emocional. E fazer a parte médica também: sutura, atendimento, avaliação ao trauma, exames, tem o protocolo de IST, os medicamentos [...] mas também tem a parte humana, isso também é muito importante (DR. ALBERTO).

O depoimento da Dra. Clarice é também apresentado:

Faria o acolhimento a escuta do histórico da mulher vítima da violência. Caso ela quisesse relatar tudo o que aconteceu, eu deixaria livre; se ela não quisesse relatar tudo a gente foca realmente só no que ela quer falar, a gente não força ela a falar nada. Faz um exame físico geral, se a paciente permitir, faz um exame físico ginecológico também. Pergunta para ela se quer fazer boletim de ocorrência, se ela quiser, pode encaminhar para uma delegacia, ou encaminhando aí para onde for necessário. O atendimento psicológico, se for preciso, um atendimento ginecológico. Se caso tiver lesões mais graves, tem que ser encaminhada para um pronto atendimento. Depende também da idade, se é uma pessoa de maior a gente faz isso que eu falei, agora se fosse uma pessoa de menor, daí tem que chamar os responsáveis e o conselho tutelar também. Nas duas ocasiões se faz a notificação [...]. Aqui na UBS não tem assistente social, mas no município tem, a gente encaminha também. (Dra. CLARICE).

Os profissionais apresentaram, de modo geral, um raciocínio adequado de atendimento, entretanto, não fazem menção quanto à Lei nº 19.931 de 10 de dezembro de 2019, que, como visto, obriga que a autoridade policial seja notificada dentro de 24 horas. Ademais, Dr. Alberto diz enfaticamente que a história da paciente deve ser descrita detalhadamente, isto é, deve ser colhida uma anamnese completa, informando toda a situação de maneira clara e precisa no prontuário para que outros profissionais envolvidos no atendimento se façam cientes das condições de saúde física e psicológica da vítima de violência, demonstrando o quadro integral da paciente.

Nota-se que no atual serviço do Dr. Alberto, o próprio sistema entrega um protocolo de atendimento a ser seguido. Quando a paciente ingressa no hospital, a equipe de triagem, costumeiramente composta por enfermeiros e enfermeiras, indica que se trata de um quadro de violência de gênero. Então, a paciente chega no consultório e o médico ou médica, já sabe do que se trata, além de já ter o arquivo da ficha de notificação e demais protocolos de

medicamentos e prevenção de ISTs. O protocolo facilita o atendimento e reforça a maneira adequada que deve ser realizado o atendimento.

De modo geral, os profissionais da medicina entendem a importância e obrigatoriedade da notificação dos casos de violência contra mulheres, mas entendem que o procedimento de notificação deve ser realizado por um setor à parte, notadamente da assistência social. É comum, portanto, que os médicos somente notifiquem quando há ausência do assistente social (BRASIL, 2003).

Segundo Mozzambani et al. (2011), a severidade e cronicidade dos eventos traumáticos aumentam as chances de a paciente desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e outras desordens mentais. Além de efeitos na autoestima, autoimagem e qualidade de vida, a mulher que é vítima de violência doméstica é invadida por sentimento de impotência e culpa, podendo chegar a um quadro de ideação suicida ou, até mesmo, suicídio.

Os profissionais entrevistados foram indagados sobre procedimentos de encaminhamento a serviços de psicologia e psiquiatria:

Mesmo no atendimento indireto da vítima, tempos depois, em um segundo atendimento, digamos, a gente encaminha para a psicologia e para a psiquiatria também. (Dra. CLARICE)

Encaminhamento para a psicologia sempre é feito, e para assistente social, que é quem aciona a polícia, quando necessário. No hospital mesmo a gente pede a avaliação da psicologia. Psiquiatra não é tão frequente. Tanto nos hospitais públicos quanto nos privados que trabalhei têm esse serviço (Dr. ALBERTO)

Questionados quanto à indicação de ansiolíticos no atendimento no atendimento a mulheres vítimas de violência, o Dr. Alberto informou que seja em pronto atendimento, seja em atendimento pré-hospitalar, não tem feito administração de ansiolíticos ou outros medicamentos para transtornos de ansiedade.

Que eu me lembre não. Provavelmente já aconteceu, mas os casos que eu já peguei não me lembro de ser necessário medicar para atender. Não evoluíram para esse tipo de coisa.

Geralmente isso acontece mais depois do acontecido, não de pronto, no primeiro atendimento em si [a medicamentalização]. Eu nunca usei, mas não duvido que seja necessário muitas vezes. (ALBERTO).

Entretanto, a Dra. Clarice diz ser comum recomendar o uso dessas classes de medicamentos em pacientes nessa situação.

[...] A maioria precisa sim, na verdade, chega mais com essa queixa. Como é um momento secundário, é a consequência, então chega mais com essa queixa de depressão, ansiedade, esses transtornos que a paciente não está conseguindo lidar. Aí a gente já medica e já encaminha, também, para o acompanhamento especializado. (Dra. CLARICE).

Por fim, os médicos foram indagados se já receberam algum tipo de treinamento para o manejo de pacientes mulheres em situação de violência e, em caso positivo, se o mesmo foi realizado nas instituições de saúde nas quais trabalharam ou durante a graduação. Para a Dra. Clarice as orientações quanto ao atendimento adequado nos casos de violência só foram obtidas “[...] durante a faculdade mesmo, fora não, nunca tive”. O mesmo tendo ocorrido com o Dr. Alberto.

[...] no internato a gente era bem treinado, chegava bastante casos. E sempre a gente discutia muito esses casos com os professores e com os residentes. Tinha um protocolo e um fluxo muito bem estabelecido no internato, mas fora isso não. Só no internato mesmo.

Ambos concordam que capacitações nesse âmbito seriam bem vistas e bem recebidas por parte dos profissionais de saúde, porém, acreditam que o tema não gera interesse no poder público e nos gestores de saúde, visto a ausência desse tipo de treinamento nos serviços de saúde.

Segundo Bacchus, Mezey e Bewley (2003), atendimentos sem privacidade, sem continuidade e limitados são fatores que dificultam o acolhimento a pessoas que sofreram violência, um complicador que se alia ao despreparo dos profissionais nesses atendimentos.

O último questionamento feito aos entrevistados foi justamente se eles consideram importante que os profissionais da saúde recebam treinamento para atender situações de violência doméstica.

Sim, como é importante. Não é um atendimento simples, integra várias áreas da medicina no mesmo atendimento, a parte da clínica médica, da psiquiatria, da ginecologia e obstetrícia, da infectologia. E é muito difícil a gente ser bom em tudo isso, então a gente tem que fazer o básico e ser bom no que a gente pode fazer que é: ser empático. Isso tem que ter treinamento, porque não é qualquer pessoa que sabe lidar com isso. Você saber o que perguntar, saber até que ponto pode ser exposição, pode não ser exposição, ou cutucar o trauma da pessoa. [...] Você não pode chegar e esse ser o seu primeiro caso. Antes de atender casos deste tipo, você já tem que ter visto alguém atender, ver como que a pessoa lidou. A base do aprendizado médico: a prática. Então é essencial, porque a parte médica é muito simples, até porque está escrito, é protocolo, ou você sabe ou pode consultar. Essa parte médica é o padrão, se a gente fizesse muito bem a outra parte [o acolhimento] como a gente faz o padrão, não teria tanta sequela desse jeito. Acho que falta treinamento, é um ponto [que necessita] de melhoria, com certeza. No hospital que eu atendo hoje eu tenho certeza que a pessoa seria atendida em um box separado, mas já atendi em hospital público que não é assim, o paciente não tem essa individualização do atendimento, não é todo lugar que tem esse preparo. A equipe de enfermagem atende muito bem, porque ela costuma ser muito empática, na triagem principalmente, são pessoas que atendem todo tipo de coisa e acolhem todo tipo de dor. O profissional da enfermagem já faz um bom trabalho nesse sentido, acho que o que peca mesmo é a gente [médicos]

no consultório sabe. Claro que não é uma regra, não é uma receita de bolo, mas eu acho que eles (enfermagem) fazem bem a parte deles e a gente tem que fazer melhor a nossa. (Dr. ALBERTO).

A fala deste profissional é importante para pensarmos que, muitas vezes, o que ocorre num atendimento a mulheres em situação de violência que não chega a ser realizado de forma satisfatória deve-se, antes de tudo, a falhas no sistema, e não uma falta de empatia e comprometimento do profissional da saúde. Para que um profissional da saúde possa realizar um atendimento humanizado a mulheres que sofreram ou sofrem agressões praticadas pelos seus parceiros íntimos é preciso que conheça o que é gênero, os tipos de violência, seus impactos sobre o processo saúde-adoecimentos e tenha plena consciência de que viver uma vida livre de violência é um direito humano fundamental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da humanidade é a história da dominação masculina. Em diferentes culturas e em diferentes tempos, os homens têm tido poder de subjugar as mulheres e meninas, impondo-lhes muitos dores e sofrimentos, inclusive com desfechos fatais, como o suicídio de muitas vítimas ou o próprio feminicídio, que é a morte da mulher em razão do pertencimento de gênero.

Em pleno século XXI, devemos buscar uma nova ordem civilizacional e não mais tolerar qualquer tipo de violação dos direitos das mulheres a uma vida livre de violência. Trata-se de uma responsabilidade de toda a sociedade, mas merece destaque o papel dos profissionais da saúde, se for levado em conta os profundos impactos que a violência causa à saúde física e mental das vítimas.

Estudos interdisciplinares, inclusive com endosso da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram bem que a violência causa muitos adoecimentos e pode levar à morte, o que exige leis, políticas públicas e ações práticas efetivas para o seu enfrentamento.

A atuação dos profissionais da saúde é de fundamental importância, notadamente do setor da medicina, tendo em vista que este é um profissional nos quais os pacientes costumam depositar grande confiança. Neste aspecto, eles podem contribuir muito para o enfrentamento

da violência de gênero, necessitando para isso, que compreendam bem o que é e o que dá sustentação a este fenômeno.

O presente estudo evidenciou que grande parte dos autores da violência contra a mulher são parceiros ou ex-parceiros íntimos, que estiveram no convívio íntimo da vítima. Foi notória e enfática a importância da violência como causa do adoecimento psicológico da mulher em situação de violência. Além disso, identificou-se a importância do papel do profissional da saúde no atendimento a mulheres em situação de violência; importância esta que precisa ser reforçada. Logo, é necessário que os profissionais recebam treinamento sobre o tema tanto na graduação quanto dentro das unidades de saúde.

Urge a formulação de um protocolo unificado, descriptivo e humanizado para o atendimento de mulheres em situação de violência, de modo que todas recebam a atenção e o cuidado devidos, tendo em visto que os traumas, muitas vezes, são irreversíveis, mas podem ser mitigados, se a mulher receber orientação adequada e tratamento empático por parte de toda a equipe de saúde, desde o início até o fim do tratamento, de modo que se forme uma rede de afetos.

REFERÊNCIAS

- BACCHUS, L.; MEZEY, G.; BEWLEY, S. **Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence.** Health and Social Care in the Community, v. 11, n. 1, p. 10–18, jan. 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASÍLIO, R.; MUNER, L. **Transtornos mentais comuns causados pela violência doméstica em mulheres.** Revista Cathedral, v. 5, n. 1, p. 36-46, 19 mar. 2023. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/576>. Acesso em: 15 jun. 2023.
- BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Tradução Maria Helena. Kühner. 2^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- BRASIL. **Lei N°10.778/2003.** Congresso Nacional, Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm. Acesso em 05 jun. 2023.
- BRASIL. **Lei N°11.340/2006.** Lei Maria da Penha. Congresso Nacional, Brasília: 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em 21 dez. 2022.
- BRASIL. **Lei N°14.188/2021.** Violência Psicológica contra a mulher. Congresso Nacional, Brasília: 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm. Acesso em 05 de jun. 2023.
- DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. **A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?** Cadernos de Saúde Pública, v. 21, n. 2, p. 417–425, mar. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200008>. Acesso em: 20 mar. 2023.
- FELIPPE, M. B.; OLIVEIRA-MACEDO, S. **“Sexo e temperamento em três sociedades primitivas”.** Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. 2018. Disponível em: <https://ea.fflch.usp.br/obra/sexo-e-temperamento-em-tres-sociedades-primitivas>
- FREITAS, C. P.; DE ARAÚJO FILHO, G. M. **Violência doméstica em mulheres com transtornos mentais.** Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 2, p. 7093- 7109, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/46788>. Acesso em: 15 fev. 2023.
- 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. Campinas, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 219–227, abr. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/4bDDdbpnCGcM69sZSkf79GM/?format=pdf&lan=g=pt>. Acesso em: 16 de maio 2023.

HOOKS, B. Homens: companheiros de luta. Teoria Feminista: da margem ao centro. Trad. Rainer Patriota. São Paulo: Perspectiva, 2019, p. 110-145. (Col. Palavras negras).

LERNER, G. A criação do patriarcado. História da opressão das mulheres pelos homens. Tradução Luiza Sellera. São Paulo: Cultrix, 2019.

MOZZAMBANI, A. C. F. et al. Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 33, n. 1, p. 43–47, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/6ff7h4s6GQ7gqFrhDTZFmrM/>. Acesso em: 18 mar 2023.

RICHTER, T. T.; DA COSTA, J. V.; DA SILVA, T. M. G. Caracterização das notificações de violência contra mulheres em um município do interior do Paraná, 2015 a 2019.

Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 27, n. 5, p. 3415– 3432, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i5.2023-081. Disponível em:

<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9990>. Acesso em: 17 set. 2023.

SCOTT, J. Gênero. Uma ferramenta útil de análise histórica. Pensamento feminista. Conceitos fundamentais. Heloisa Buarque de Hollanda (Org.). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019, p.49-82