PERFIL DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Kenny Silva Formiga de Lira, Faculdade de Medicina do ABC- Santo André- SP,
kekeformiga@hotmail.com

Caio Parente Barbosa, Faculdade de Medicina do ABC-SP

caiopb@uol.com.br

INTRODUÇÃO: A violência praticada contra a mulher é baseada na violência de gênero que é elemento constituinte das relações sociais pautadas nas diferenças entre os sexos e nas relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres. A mulher muitas vezes permanece exposta aos comportamentos agressivos de seu companheiro, e isso contraria as expectativas de uma dinâmica familiar idealizada pela sociedade. O tema violência contra a mulher desperta interesse e necessidade de debate, bem como reflexões, e isso é fruto do trabalho realizado pelos pesquisadores nas últimas décadas, para denunciar e transformar, em relações democráticas, os conflitos existentes historicamente entre homens e mulheres é baseada na violência de gênero que é elemento constituinte das relações sociais pautadas nas diferenças entre os sexos e nas relações de poder. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil da violência doméstica contra a mulher. **MÉTODO:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) em dezembro de 2013. Como critérios de inclusão artigos em português, disponível na íntegra. Como critérios de exclusão estudos não randomizados (relatos de casos). **RESULTADOS:** O perfil da mulher agredida é: jovem, casada, católica, tem filhos, pouco estudo e baixa renda familiar. Álcool e ciúme foram os principais fatores desencadeantes das agressões, tendo 84% sofrido agressão física, 72% com quadro de depressão clínica, 78% ansiedade e insônia,

39% pensaram em suicídio, 24% fazem uso de ansiolíticos após as agressões. Ressalta-se que uma das maiores dificuldades das mulheres que vivem em situação de violência é romper com a rotinização das agressões. **CONCLUSÃO:** Detectou-se com a revisão a carência de estudos nessa temática revelando a importância da ampliação da pesquisa científica envolvendo a problemática.

Palavras-chave: Violência doméstica, Saúde da mulher, prevalência.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is gender-based violence which is a constituent element of social relationships guided by the differences between the sexes and the established power relations between men and women. The woman often remains exposed to the aggressive behavior of her partner, and this contradicts the expectations of a family dynamic idealized by society. **Objective:** To characterize the profile of domestic violence against women. **Methods:** We queried the databases Medline, Lilacs, Scielo, consultations included articles registered between 2000 and 2012 in the Portuguese language. **Discussion:** The theme of violence against women arouses interest and need for debate and reflection, and this is the result of work done by researchers in recent decades, to denounce and turn in democratic relations, historically the conflicts between men and women is gender-based violence which is a constituent element of social relations based on gender differences and power relations, the abused women are young, married, Catholic, have children, little education and low family income. Alcohol and jealousy were the main triggers of aggression, 84% physical abuse, 72% with signs of clinical depression, anxiety and insomnia 78%, 39% thought about suicide, 24% make use of anxiolytics after the attacks. It is noteworthy that one of the major difficulties of women living in situations of violence is to break with the routinization of aggression. Was detected by reviewing the lack of studies on this subject reveals the importance of expansion of scientific research involving problematic.

Keywords: Health, Women's Health Profile, violence, domestic woman

INTRODUÇÃO

Em 1993, a Assembléia Geral das Nações Unidas conceituou a violência contra a mulher como qualquer ação que produz ou pode produzir dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, assim como ameaças de tais ações, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, independente se ocorre na instância pública ou privada (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007)

Para as autoras, habitualmente utilizada como sinônimo de violência familiar ou violência de gênero, a violência doméstica contra a mulher refere-se a agravos físicos, psicológicos e sexuais que tem como principal agressor o parceiro íntimo, essa agressão pode ser tratada como um problema de saúde pública, pois produz impacto no estado de saúde e qualidade de vida.

Segundo FERRAZ, LABRONICI (2009), o assunto violência contra a mulher desperta interesse e necessidade de debate, bem como reflexões, e isso é resultado do trabalho realizado pelos pesquisadores nas últimas décadas, para denunciar e transformar, em relações democráticas, os conflitos existentes historicamente entre homens e mulheres.

Na modernidade, ainda há privação de dados que revelem com exatidão os índices de violência doméstica contra a mulher, que inclui como agressores, além de pessoas da família, outros membros do grupo sem função parental que convivam no espaço doméstico. A violência pode ser praticada por empregados, agregados e pessoas que conhecem as vítimas mais, frequentam esporadicamente o domicílio. Atualmente, 23% da população feminina em nosso país encontra-se sujeita à prática da violência doméstica e a cada minuto uma mulher é violentada no seu lar por pessoas que mantêm vínculo afetivo, caracterizando a violência intrafamiliar (FERRAZ; LABRONICI, 2009).

No Brasil, assim como em outros países, a denúncia às autoridades policiais e a procura por ajuda médica são baixas. Apesar de existirem atualmente 397 delegacias especializadas no atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual mais de 1.500 serviços de apoio, entre hospitais, organização não-governamental (ONG) e casa de abrigo, somente 20% procuram esses serviços. O principal motivo que inibe a denúncia policial, em 73% delas, é o medo de retaliações por parte dos agressores, muitos dos quais íntimos (OSHIKATA; et al, 2011).

Diante do exposto, objetivou-se por meio de uma revisão integrativa do estudo descrever o perfil epidemiológico da violência doméstica e sexual contra a mulher.

MÉTODOS

Trata-se de um manuscrito na forma de síntese de dados. Foram consultadas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A pesquisa abrangeu os anos de 2002 a 2012, utilizando-se os seguintes descritores: saúde, saúde da mulher, perfil, violência, mulher, esses descritores foram utilizados no idioma português. Estes descritores foram pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

Os artigos foram classificados segundo os critérios de inclusão: texto completo, idioma em português, bem como serem classificados como artigo. Os critérios de exclusão foram idiomas e texto estrangeiro, serem classificados como tese, monografia, projeto.

Ao todo foram identificados 27 artigos, sendo SciELO (02), medline (03) e Lilacs (20). Destes foram selecionados 11 artigos de acordo os critérios de inclusão.

RESULTADOS

A distribuição dos manuscritos é descrita na Tabela 1 e a síntese dos resultados na Tabela 2.

Tabela 1: Publicações e tipos de artigo relatados sobre Perfil da Violência Doméstica e sexual contra a mulher no período de 2000 a 2012.

Tipo de Artigo	Medline	SciELO	Lilacs
Estudos observacional :			
Estudo analítico	0	0	1
Estudo de coorte	0	0	0
Estudo transversal	0	0	0
Estudo Descritivo	0	1	0
Estudo de revisão	0	0	1

Estudo exploratório	0	0	0
Estudo documental	0	0	8
TOTAL	0	1	10

Scielo: Scientific Eletronic Library Online

Medline: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

Lilacs: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Tabela 2: Síntese dos manuscritos sobre perfil da violência doméstica contra a mulher.

MOURA, M.A.V; NETO, L.A; SOUZA, M.H.N	As mulheres eram jovens, brancas, com ensino fundamental completo, solteiras e com ocupação, a maioria residia na zona urbana, local de ocorrência do delito foi a residência, predominou a violência psicológica.
FERRAZ, M.I.R; LAMBROCINI, L.M	É um fenômeno frequente entre mulheres casadas, solteiras e amasiadas com baixa escolaridade, com idade entre 21 e 40 anos, 84,69% das vítimas eram brancas, 72,8% das agressões ocorreram nas residências, principalmente por discussões, predominou a violência psicológica, seguida da física, os agressores eram companheiros (33,3%), pessoas conhecidas (32,7%).
FRANK, S.; COELHO, E.B.S; BOING, A.F	Dentre os sujeitos foram mais pesquisadas mulheres entre 20 e 29 anos, casadas, cujo agressor era o parceiro íntimo atual.
LABRONICI; Et al.	A violência é um fenômeno frequente em mulheres solteiras, tinham idade entre 18 e 88 anos, com ensino fundamental incompleto, a maioria sofreu violência física, psicológica, sexual e estrutural, principalmente por companheiros e pessoas conhecidas.
LEÔNCIO; Et al.	A violência física predominou, a separação conjugal foi o principal motivo desencadeante da agressão, a residência foi o local mais frequente, com período de 1 a 15 dias para denúncia, o agressor mais identificado foi o parceiro.
PRATES, P.L.	A violência perpassa todas as faixas de idade

	<p>e tempos de união. A predominância de escolaridade está no ensino fundamental, relacionamentos estáveis, eram domésticas maior incidência de violência contra a mulher no espaço doméstico e conjugal, com prevalência da violência psicológica.</p>
<p>OLIVEIRA, P.M; CARVALHO, M.L.O</p>	<p>A violência sexual é uma das formas mais graves da violência que atinge as mulheres. Os agravos vão desde experiência sexual precoce, traumas físicos, infecção pelo HIV/DST, gestações indesejadas. Faixa etária de 10 a 19 anos a maioria dos agressores eram desconhecidos da vítima.</p>
<p>RAMOS, C.R.A; MEDICCI, V.P.G; PUCCIA, M.I.R</p>	<p>A violência sexual causa severas consequências para a saúde da mulher. Dentre 59 mulheres 27,1% eram adolescentes, 47% brancas, 81% vítimas de agressores únicos e desconhecidos em 6,7% dos casos, metade das ocorrências em via pública, 81% receberam contracepção de emergência, profilaxia para HIV E DST'S, 80% não concluíram controle sorológico, acompanhamento ambulatorial.</p>
<p>GALVÃO, E.F; ANDRADE, S.M</p>	<p>A média de idade das mulheres é de 34 anos, 47, 2% casada, possuem um ou dois filhos, 38,7% declaram-se chefes de famílias, a violência emocional prevaleceu, seguida da física. Os principais agressores são os atuais maridos ou companheiros e o lar é o espaço onde a maioria das agressões ocorrem.</p>
<p>ADEODATO, V.G; Et al.</p>	<p>O perfil da mulher agredida é: jovem, casada, católica, tem filhos, pouco estudo e baixa renda familiar. Álcool e ciúme foram os principais fatores desencadeantes das agressões , tendo 84% sofrido agressão física, 72% com quadro de depressão clínica, 78% ansiedade e insônia, 39% pensaram em suicídio, 24% fazem uso de ansiolíticos após as agressões.</p>
<p>MOTA, J.C; VASCONCELOS, A.G.G; ASSIS, S.G.</p>	<p>As mulheres apresentaram idade média de 37 anos, tempo médio de união entre vítima e agressor foi de doze anos. Prevalece maior frequência de mulheres com baixa escolaridade, embora mulheres vítimas de</p>

agressões graves de origem física e psicológica (15,5%) e de lesões graves de origem sexual (13,7%) ostentem percentuais maiores de instrução superior ou pós-graduação quando comparados ao grupo de agressões leves de origem física e psicológica (11,2%).

DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência praticada contra a mulher por parceiro íntimo como todo e qualquer comportamento, num relacionamento íntimo, que cause mal físico, psicológico ou sexual. Estão aí incluídos atos de agressão física, abuso psicológico, comportamentos controladores, relações sexuais forçadas ou outras formas de coerção sexual (FRANK, COELHO, BOING, 2010).

O tema violência contra a mulher desperta interesse e necessidade de debate, bem como reflexões, e isso é fruto do trabalho realizado pelos pesquisadores nas últimas décadas, para denunciar e transformar, em relações democráticas, os conflitos existentes historicamente entre homens e mulheres é baseada na violência de gênero que é elemento constituinte das relações sociais pautadas nas diferenças entre os sexos e nas relações de poder (FERRAZ; LABROCINI, 2009).

A magnitude e o impacto da violência contra a mulher têm levado ao crescimento do número de pesquisas e da produção científica sobre o tema. No entanto, os estudos que se propõem a sintetizar o conhecimento científico sobre a violência contra a mulher restringem-se, em sua maioria, a regiões geográficas específicas ou limitadas, ou ainda estão focados em serviços de saúde, no âmbito do agressor e nas consequências para a saúde da mulher (FRANK; COELHO; BOING, 2010).

As políticas sociais voltadas para as mulheres no Brasil são lutas históricas dos movimentos feministas, que deram um outro olhar à impunidade, até a década de 80 do século passado era difícil uma política pública voltada ao direito da mulher. Os costumes e as tradições dissimulam certas práticas de violência que, em determinados locais, são até considerados normais. Age-se como se a desigualdade fosse uma norma estabelecida pela natureza da sociedade (LEÔNCIO; Et al 2008).

No Brasil, durante toda a década de 1980, o movimento feminista desenvolveu uma série de ações que deram visibilidade à questão, visando trazer para a esfera

pública um assunto que até então era visto como de âmbito privado. Como resultado dessa atuação, a violência contra a mulher começou a ser tratada como problema a ser combatido por meio de políticas públicas. Serviços especializados foram criados, sobretudo nas grandes cidades, como as delegacias da mulher, os centros de atendimento jurídico e de apoio social às mulheres em situação de violência, e as casas abrigo (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

As delegacias especializadas passaram a ser responsáveis pelo registro e apuração de crimes contra a mulher, pelo seu enfrentamento e prevenção, representando, assim, o início da desnaturalização e do controle dessa ação violenta, que passou, então, a ser considerada um problema de interesse público (MOURA; SOUSA; NETO, 2012)

Para os autores a institucionalização das práticas sociais contra a violência de gênero que resultou na criação das Delegacias da Mulher pode ser entendida como parte do processo de consolidação da democracia em curso no país, no qual as mulheres passaram a ter, em princípio, garantia de direitos sociais, proteção policial e acesso à justiça. Nesse cenário, a violência contra a mulher passou a ser considerada uma questão de direitos humanos.

Estudo realizado no Brasil em 2001 revela que 2,1 milhões de mulheres já sofreram espancamentos graves e aproximadamente 175 mil mulheres são agredidas por mês. Estes resultados nos alertam para uma cruel realidade em que a violência contra a mulher ocorre em grandes proporções, representando um caráter endêmico (MOURA; SOUSA; NETO, 2012) .

Apresentando prevalência mais alta do que muitas patologias, esse tipo de violência sofre uma invisibilidade de origem social. Os eventos violentos sofridos são naturalizados, banalizados pelas mulheres, que, não as percebem como tal. Além disso, há a difusão da ideia de que a violência doméstica é um problema que só pode ser resolvido pelos envolvidos (MOURA; SOUSA; NETO, 2012).

A violência intrafamiliar é praticada por pessoas da família que mantêm relação de poder para com a vítima, pode atingir mulheres, pais, mães, filhos, jovens, idosos ou portadores de deficiência. Independente da faixa etária essas pessoas podem sofrer espancamentos, humilhações, ofensas, as mulheres são o alvo principal, e os agressores aproveitam de sua vulnerabilidade para espancá-las e humilhá-las (FERRAZ, LABROCINI, 2009)

Para as autoras a prática da violência doméstica inclui como agressores outros membros do grupo sem função parental que convivam no espaço doméstico; pode ser praticada por empregados, agregados e pessoas que conhecem as vítimas, mas freqüentam esporadicamente o domicílio, não há uma causa única para a violência, e são muitos os fatores que podem contribuir para que ela ocorra (individual, relacional e social), independente do sexo, idade, raça, etnia, educação, cultura, situação sócio econômica, profissão, religião, capacidades físicas ou mentais e personalidade.

De uma forma geral, a violência está entre as principais causas de morte da população com maior força de trabalho, ou seja, economicamente ativa, que ocupa uma faixa etária entre 15 e 44 anos, o que corresponde à fase reprodutiva da mulher. Sendo que o homem tem uma função ativa na relação social e sexual nos relacionamentos, e a sexualidade feminina está limitada à passividade. Se o homem é o provedor da família, ele tem um domínio econômico, assim a dependência financeira feminina explica a aceitação de seus "deveres conjugais", que incluem o sexo (MOURA; SOUSA; NETO, 2012).

A violência é um processo orientado a partir de diferentes causas, com formas variadas, produzindo determinados danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias. A fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher. As conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres são maiores que as de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. As conseqüências não-mortais da violência por parceiros incluem lesões permanentes e problemas crônicos (ADEODATO; Et al; 2005).

O perfil da mulher agredida que registrou queixa na Delegacia da Mulher: jovem, casada, católica, tem filhos, pouco tempo de estudo e baixa renda familiar. Além disso, apresenta um tempo conjugal com o agressor em torno de 10 anos, e um tempo de agressão (que se refere ao período em anos no qual a mulher vem sofrendo as agressões) de aproximadamente cinco anos. Quanto à escolaridade, prevaleceram as mulheres que não chegaram a concluir o ensino fundamental 58,1%, a taxa de analfabetismo foi de 2,1% (GALVÃO; ANDRADE; 2004).

De acordo com autoras a maioria, 55,8%, desenvolvia algum tipo de trabalho remunerado. Nessa proporção estão incluídas as empregadas no mercado formal, as

trabalhadoras informais e as autônomas, muitas mulheres atuam no mercado informal, 70,5% estavam na prestação de serviços, dessas 36,4% eram empregadas domésticas. Outras ocupações ligadas ao emprego doméstico, como lavadeira, cozinheira e faxineira, também apareceram com bastante frequência, assim como as de vendedoras, manicuras e costureiras, atividades tradicionalmente femininas e de baixa remuneração, uma parcela de 38% declarou-se chefe de família.

Em relação ao perfil do agressor, predominou a faixa etária acima de 35 anos — 183 (41,03%), sendo a maioria pertencente à raça branca (67,94%); o trabalho remunerado formal foi o mais identificado entre eles (36,77%); (13,68%) tinham o ensino fundamental completo (LEÔNCIO; Et al 2008). Os agressores são os atuais maridos ou companheiros, com 73,4%. agregando-se a esse tipo de agressor os namorados, ex-maridos ou ex-companheiros e ex-namorados (GALVÃO, ANDRADE). A frequência das agressões é assim distribuída: semanalmente (49%), diariamente (27%), esporadicamente (15%) e primeira vez (5%) (ADEODATO; Et al; 2005). Antes das agressões, 70% dos parceiros ingeriam álcool e 11% consumiam drogas ilícitas. Após as agressões, 44% costumavam pedir perdão pelas agressões. O agressor é também violento com outras pessoas (58%), inclusive com os filhos, o fato de o agressor ingerir álcool correlacionou-se com a agressão direta aos filhos (ADEODATO; Et. Al; 2005).

Observou-se que nas lesões leves de origem física e psicológica 14,6% encontravam-se agressores desempregados e 9,2% aposentados. Nas lesões graves de origem física e psicológica, essas características se invertem, uma vez que 8,6% encontravam-se desempregados e 19,2% aposentados. No tipo de lesão grave de origem sexual as proporções são similares (12,6% e 11,1%, respectivamente), porém as vítimas de lesão grave de origem sexual associaram-se ao ensino médio incompleto e com mais de três residentes trabalhadores (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS,2007).

As vítimas de lesão grave de origem física e psicológica estão relacionadas ao ensino superior e pós-graduação e declaradas como chefes de família. O grupo das vítimas de lesões leves de origem física e psicológica se relaciona com tempo de união inferior a cinco anos, ensino médio completo da mulher, agressor mais novo, trabalhador e com até três residentes trabalhadores (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS,2007).

Este estudo mostrou que (54,71%) das mulheres agredidas demoraram de 1 a 15 dias entre a agressão e o tempo da denúncia formal na DDM, (42,15%) registraram a

ocorrência no mesmo dia. Mas nem sempre é assim, um estudo sobre violência contra a mulher, identificou que 33% das mulheres sofreram agressões por um período de até 1 ano, alguns casos referia que vinham sofrendo agressões há mais de 10 anos até tomarem a decisão de denunciar o agressor. Mesmo as mulheres as que tomaram a atitude de denunciar seus companheiros, muitas acabavam desistindo de manter a denúncia diante das promessas do companheiro de não mais agredi-las, falta de perspectiva e condições materiais para um recomeço, vergonha, falta de apoio da família da sociedade, esperança de uma reconciliação, gerando um processo de rotinização da violência (LEÔNICIO; Et al 2008).

De acordo com os autores as agressões contra as mulheres foram mais frequentes em suas próprias residências (76,91%), a literatura mostra que mais de 90% de atos de violência contra as mulheres ocorrem em ambiente doméstico. Esse local é o mais escolhido por ser resguardado da interferência de outras pessoas, além do agressor contar com o medo e a vergonha da mulher em denunciá-lo.

A tipologia da violência é classificada como violência sexual, cujas queixas principais são: atentado violento ao pudor, sedução, estupro, rapto, atos libidinosos, assédio sexual e incesto; violência física, que corresponde às queixas de lesão corporal, homicídio, cárcere privado, abandono material e ameaça à integridade física; violência emocional, que compreende queixas como tortura psicológica, ameaça verbal, indução ao suicídio, constrangimento ilegal, infidelidade ou adultério, negação de paternidade e atos destrutivos; violência moral, quando se trata de calúnia, difamação ou injúria; violência social, cujas queixas principais são a discriminação de gênero, a discriminação ideológica, a discriminação racial e a discriminação por idade ou condição física (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

Constatou-se que a violência física se destacou com (44,84%) casos; a violência verbal, 188 (42,15%); a psicológica, (8,97%); a sexual, (2,69%); e a social, (1,35%) (LEÔNICIO; Et al; 2008). As mulheres com ensino fundamental incompleto (59,7%) apresentaram maior ocorrência em todos os tipos de violência, ou seja, 23,15% sofreram violência física; 20,10% foram vítimas de violência psicológica; 2,14% sofreram violência sexual; 14,33% eram vítimas da violência estrutural (LABROCINI; Et al; 2007)

A verbalização (79,09%) praticada mediante xingamentos e ofensas e a utilização de armas brancas (8,88%) e armas de fogo (2,96%) foi o meio mais utilizado na prática da violência psicológica que, geralmente, antecede a física. Essa, quando

perpetrada com arma branca ou de fogo, pode produzir lesões corporais graves e constituir sério risco para a vida das vítimas. Houve prevalência de agressões verbais especialmente entre mulheres de baixa renda (FERRAZ; LABROCINI; 2009)

A maioria das mulheres com ensino fundamental incompleto (45,26%), conviviam com a violência pela união familiar; 7,00% por dependência financeira, e 7,79% por insegurança e medo do agressor. A violência estrutural também teve prevalência (1,8%) nas mulheres com este nível de escolaridade (LABROCINI; Et al; 2010).

Os baixos índices de registros de violência sexual encontrados nesta pesquisa podem ocorrer devido à subnotificação. Essas informações também são reveladas pela Organização Mundial da Saúde que demonstra prevalência de 2 a 5% de violência sexual em todas as sociedades, porém, há que se considerar a ausência de notificação das ocorrências. No Brasil, estima-se que menos de 10% dos casos são registrados. A violência sexual deve ser objeto de atenção pelos profissionais de saúde a fim de que a reconheçam durante os atendimentos e as notifiquem aos órgãos competentes, afim de coibir a sua prática (FERRAZ; LABRONICI, 2009).

A violência sexual expressa o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, atribuído à subordinação de gênero, trazida desde tempos remotos para os dias de hoje. Consideram-se então conseqüências psicológicas variáveis, além dos traumas físicos e ginecológicos, a gravidez indesejada, a possibilidade de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), geralmente a violência sexual é praticada por um único agressor com 79,3%, sendo perpetradas por homem desconhecido em 67,8% dos casos (RAMOS; MEDDICI; PUCCIA, 2009).

O uso de força física, seguido por grave ameaça e intimidação pelo uso de arma branca são os métodos de coerção mais utilizados contra as adolescentes e as mulheres adultas, 81,3% fizeram uso da anticoncepção de emergência no serviço de saúde após a agressão no prazo de até 72 horas, a taxa de gravidez esperada em caso de violência sexual é de 1% a 5%, a maioria das mulheres receberam profilaxias para as DST's não virais, imunoglobulina para hepatite B com uma média de 71,1% de cobertura profilática, um número significativo de mulheres iniciou a profilaxia para o HIV quando receberam o primeiro atendimento no serviço de violência sexual, isto se explica, o temor da vítima em adquirir HIV em função de uma violência sexual. Observa-se que menos da metade das mulheres completaram a profilaxia anti-retroviral, evidenciando a

grande necessidade de reformulação da assistência (RAMOS; MEDDICI; PUCCIA, 2009).

Vale ressaltar que uma das maiores dificuldades das mulheres que vivem em situação de violência é romper com a rotinização das agressões. Vários motivos levam a esse fracasso ou facilitação do problema; este caminho truncado de busca de alternativas foi nomeado como rota crítica por pesquisadores da Organização Panamericana de Saúde, e está repleto de desencontros, desestímulos e falta de acesso a delegacias, advogados e outras instituições (LEÔNICIO; Et al 2009)

A complexidade que envolve a questão da violência contra a mulher exige ações capazes de dar conta das inúmeras demandas apresentadas, o que implica a necessidade de articulação entre diferentes áreas de conhecimento e de atuação. Assim, os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência são de fundamental importância para o enfrentamento desse problema, sendo imprescindível que estes estejam articulados com os serviços de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e assistenciais, na perspectiva da atenção integral à mulher (GALVÃO; ANDRADE; 2004).

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, jan. 2005 . Disponível em <<http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em 03 fev. 2013.

FERRAZ, M.I. R.; LABRONICI, L. M. **Perfil da violência doméstica contra mulher em Guarapuava**, Paraná. Cogitare enferm. [online]. 2009, vol.14, n.2, pp. 261-268. ISSN 1414-8536. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo>. Acesso em: 02 fev. 2013

FRANK, S.; COELHO, E. B. S.; BOING, A. F.. **Perfil dos Estudos sobre Violência contra a Mulher por Parceiro íntimo: 2003 a 2007**. Rev Panam Salud Publica , Washington, v 27, n. 5, maio de 2010. Disponível a partir do <<http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em 03 de fev. 2013.

GALVAO, E.F; ANDRADE, S.M. **Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil**. Saude soc. [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 89-99. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200009>. Acesso em: 25 fev. 2013

LABRONICI, L.M. et al. **Perfil da Violência contra Mulheres atendidas na Pousada de Maria**. Rev. esc. enferm. USP , São Paulo, v 44, n. 1, março de 2010. Disponível a partir do <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 03 de março de 2013

LEÔNCIO, K.L. et al. **O Perfil de Mulheres Vitimizadas e de seus Agressores**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v 16, n 3, jul/set 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso m 24 fev. 2013.

MOTA, J. C. da; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. de. **Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 799-809. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300030>. Acesso em 20 jan. 2013

. **Análise de correspondência: um método para a classificação de padrões similares de violência contra as mulheres**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, jun. 2008 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 03 fev. 2013

MOURA, M.A.V.; NETTO, L.A.; SOUZA, M. H. N. **Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Sept. 2012 . Disponível a partir de: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 03 fev. 2013.

OSHIKATA, C. T.; et al. **Características das mulheres violentadas sexualmente e da adesão ao seguimento ambulatorial: tendências observadas ao longo dos anos em um serviço de referência em Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. ad. Saúde Pública [online]. 2011, vol.27, n.4, pp 701-713. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102>. Acesso em: 20 jan. 2013

RAMOS, C.R.A; MEDICCI, V.P.G; PUCCIA, M.I.R. **Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência**. Rev Inst Ciênc Saúde. 2009;27. Disponível em: <http://files.bvs.br/>. Acesso em: 25 fev. 2013