

## Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual

Health characteristics of female victims of domestic violence housed in a state care shelter

Rebeca Monteiro Ferreira <sup>1</sup>  
Thiago Brasileiro de Vasconcelos <sup>2</sup>  
Renato Evando Moreira Filho <sup>1</sup>  
Raimunda Hermelinda Maia Macena <sup>1</sup>

**Abstract** *The promotion of care for female victims of violence implies action that is not limited to combatting the problem, but also to the dimension of care provided to the victims. This study seeks to understand the sociodemographic and health characteristics of female victims of violence who are/have been under the protective custody of the state, before and after the Maria da Penha Law (MPL), and the healthcare offered to them. It is a cross-sectional, exploratory-descriptive documentary study, with a qualitative/quantitative approach, conducted in the second semester of 2013 in a special unit for the protection of female victims of violence in the State of Ceará. The sample was composed of 197 medical records of women attended between 2001 and 2012. Few changes occurred in the health profile of female victims of domestic violence sheltered by the State after the enactment of the MPL. Significant changes occurred in the pattern of care provided, such as increased investigation, promotion, and registration of health-related activities. The identification of the aftereffects of aggression per se is still scarce. A suggested addition would be the inclusion of a health professional in the staff at the shelters to meet this demand.*

**Key words** *Domestic violence, Legislation, Women's health*

**Resumo** *A promoção do atendimento às mulheres vítimas de violência implica uma ação não limitada ao combate, mas também à dimensão da assistência dada às vítimas. Este estudo visa conhecer as características sociodemográficas e de saúde das mulheres vítimas de violência que estão/ estiveram sob a tutela protetora do Estado, antes e após a Lei Maria da Penha (LMP), bem como a assistência à saúde ofertada. Estudo seccional, exploratório-descritivo, documental, quali-quantitativo realizado em uma unidade de proteção especial de mulheres vítimas de violência do Estado do Ceará no segundo semestre de 2013. Amostra composta por 197 prontuários das mulheres atendidas entre 2001 e 2012. Poucas mudanças ocorreram no perfil de saúde de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas pelo Estado, após a promulgação da LMP. Mudanças relevantes ocorreram no padrão de assistência oferecido, tais como maior investigação, promoção e registro de atividades relacionadas à saúde. Ainda é escassa a identificação de sequelas da agressão propriamente dita. Sugere-se inclusão de profissionais da saúde na equipe do abrigo para suprir essa demanda.*  
**Palavras-chave** *Violência doméstica, Legislação, Saúde da mulher*

<sup>1</sup> Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará (UFCE). R. Alexandre Baraúna 949, Rodolfo Teófilo. 60430-110 Fortaleza CE Brasil. lindamacena@gmail.com

<sup>2</sup> Departamento de Fisiologia e Farmacologia, UFCE. Fortaleza CE Brasil.

## Introdução

A violência é um fenômeno social que acontece nas relações humanas em que há conflitos de interesse e dominação. A violência doméstica é tida como um tipo de violência de gênero e se refere àquela que ocorre dentro do lar, definida como qualquer ato de agressão física, sexual ou emocional perpetrado por um indivíduo com quem se tenha ou se teve um relacionamento<sup>1,2</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em estudo conduzido em dez países, incluindo o Brasil, até 71% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já sofreram violência física e/ou sexual em algum momento das suas vidas<sup>3</sup>. Na América Latina a violência doméstica afeta até 50% das mulheres, gerando uma redução de 14,2% do Produto Interno Bruto (PIB) devido aos custos gerados. No Brasil, 23% das mulheres se tornam vítimas da violência doméstica, o que significa que a cada quatro minutos uma mulher é agredida. Dos agressores, 85% são os próprios parceiros<sup>4</sup>.

Diversas medidas legais têm sido tomadas no Brasil como forma de enfrentamento à violência contra as mulheres<sup>4-6</sup>. A criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), em 2003, impulsionou as ações de enfrentamento à violência tornando-a um problema de eixo intersetorial. Assim sendo, a promoção do atendimento às mulheres vítimas de violência implica uma ação multi e interdisciplinar, qualificada e humanizada que pressupõe uma noção de enfrentamento não limitada ao combate, mas também à dimensão da assistência dada às vítimas<sup>7</sup>.

A Lei 11.340, conhecida como Maria da Penha (LMP), surge no final de 2006 objetivando caracterizar a violência de gênero como uma grave violação dos direitos humanos e garantir o enfrentamento desse problema por meio de proteção e procedimentos humanizados para as vítimas por meio da transformação do relacionamento entre vítimas e agressores, bem como a forma que o crime é processado, o atendimento policial e a assistência do Ministério Público<sup>8</sup>.

Apesar do cenário da violência contra a mulher demandar uma ação intersetorial, a discussão e o estudo da LMP ainda estão fortemente arraigados no escopo das ciências jurídicas e sociais<sup>9-15</sup>, sendo escassa a produção na área da saúde, seja na prevenção seja na assistência à saúde oferecida às mulheres vítimas de violência doméstica<sup>16,17</sup>.

A compreensão das características das mulheres em situação de violência é um dos cami-

nhos para aprimorar a visibilidade sobre a temática, a percepção da sociedade sobre esta situação, bem como o tipo e a qualidade da atenção conferida nos serviços a este grupo. Deste modo, o dimensionamento do fenômeno da violência e a elucidação da dinâmica dos seus determinantes fornecerá subsídios para a formulação de políticas públicas e estímulo à notificação dos casos no âmbito individual e institucional<sup>18</sup>. Deste modo, fez-se necessário conhecer as características sociodemográficas e de saúde das mulheres vítimas de violência que estão/estiveram sob a tutela protetora do Estado antes e após a Lei Maria da Penha e a assistência à saúde ofertada a elas.

## Materiais e Métodos

Estudo seccional, exploratório-descritivo, documental, de caráter quanti-qualitativo realizado durante o segundo semestre de 2013 em uma unidade de proteção especial de mulheres vítimas de violência no Estado do Ceará. A referida unidade é vinculada à Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social, Delegacia dos Direitos da Mulher e Conselho Cearense dos Direitos da Mulher.

A amostra foi composta pelos prontuários das mulheres que foram vítimas de qualquer tipo de violência doméstica de 2001 a 2012. Para definir o tamanho da amostra, considerou-se o total de mulheres atendidas por ano e estimou-se 30% através de amostra estratificada proporcional por ano. Das 608 mulheres atendidas no período de 2001 a 2012, selecionou-se 183 para compor a amostra e considerou-se uma perda de 7% (14), perfazendo amostra total de 197 prontuários. Para seleção dos prontuários, gerou-se uma lista de números aleatórios sem repetição através do *Microsoft Office Excel® 2007*. Caso o prontuário não fosse encontrado era selecionado o numeralmente posterior, organizado por ordem de entrada na casa-abrigo pela própria unidade. Foram excluídos os prontuários de mulheres menores de idade e os que não tinham informações consistentes (mulheres com cognitivo não preservado, isto é, que apresentavam alterações neurológicas que poderiam comprometer as respostas).

Os dados foram coletados por três pesquisadores cegos, previamente treinados, a partir de formulário próprio contendo as variáveis: sociodemográficas (idade, raça, religião, estado civil, escolaridade, renda familiar); experiência com a violência (fator desencadeante, tipo de rela-

cionamento com agressor, meios utilizados para agressão); estado de saúde da agredida (histórias de doenças, história gineco-obstétrica, exame físico e mental, localização corporal das lesões); e outras observações que foram relevantes para o estudo, tais como relatos da história de vida das mulheres e detalhes do boletim de ocorrência. Avaliou-se a assistência à saúde ofertada pelo abrigo, de forma qualitativa, registrando em um diário de campo as observações dos pesquisadores, assim como as informações relacionadas à saúde das mulheres que estavam contidas nos prontuários.

O banco de dados foi digitado em dupla entrada no *Microsoft Office Excel® 2007*, sendo as análises realizadas pelo software *Statistical Package for Social Science (SPSS®)* versão 20. Para análise inferencial, optou-se por fazer um recorte relativo ao período de promulgação da LMP (antes – 2001 a 2006 e depois – após 2007) já que esta legislação modificou a forma de enfrentamento da violência doméstica por garantir melhor assistência às vítimas no Brasil. Realizou-se estatística inferencial para comparação entre as variáveis através do teste de qui-quadrado de Pearson adotando o nível de significância de 5% ( $P < 0,05$ ). A normalidade dos dados foi testada através do teste de Kolmogorov Smirnov.

O projeto teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, como preconiza a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde<sup>19</sup>.

## Resultados

A maioria da amostra (43,7%) tinha idade acima de 31 anos ( $29,76 \pm 7,27$  anos; min. = 18 e máx. = 58), era parda (47,2%), alfabetizada (91,4%), solteira (73%) e residia na capital (84,8%). Quase um terço da amostra (30,5%) informou não ter renda e 37,6% trabalhavam com serviços domésticos, estavam desempregadas ou não possuíam profissão (31,5%) e 26,9% contavam com apoio social (Tabela 1).

A maior parte das mulheres abrigadas foi agredida no período anterior à LMP (73,0% vs. 27,0%). Mais de 2/3 da amostra (86,3%) foi agredida por parceiro fixo (marido ou namorado), sendo que o relacionamento com o agressor tinha duração de até 10 anos ( $157,8 \pm 241,1$  meses; min. = 1 mês e máx. = 31 anos) em 72,1% dos casos. O fator desencadeante da agressão foi o ciúme (20,3%) e o meio de agressão mais utilizado foi a força física (40,1%) (Tabela 2).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico da população estudada.

Características sociodemográficas	n	%
Idade		
15 ●—o 25 anos	66	33,5
25 ●—o 30 anos	44	22,3
Acima de 31 anos	86	43,7
Não informado	1	0,5
Raça		
Branca	42	21,3
Negra	22	11,2
Parda	93	47,2
Indígena	23	11,7
Escolaridade		
Não Alfabetizada	12	6,1
Alfabetizada	180	91,4
Não informado	5	2,5
Estado civil		
Solteira	144	73,0
Casada	52	26,4
Não informado	1	0,5
Cidade de moradia		
Capital	167	84,8
Região Metropolitana	24	12,2
Não informado	6	3,0
Renda familiar		
Sem renda	60	30,5
Até 1 salário mínimo	54	27,4
1 a 3 salários mínimos	18	9,1
Maior que 3 salários mínimos	1	0,5
Não informado	64	32,5
Categoria profissional		
Não trabalha/desempregada	62,0	31,5
Prestação de serviços e comerciárias	21,0	10,7
Trabalhadora de Serviços domésticos	74,0	37,6
Trabalho manual (Produção de bens e serviços industriais)	25,0	12,7
Outros	7,0	3,5
Não informado	8,0	4,1
Participa de programas governamentais (Programas de apoio e benefícios sociais)	53,0	26,9

Em relação à saúde reprodutiva, a maioria das mulheres tinha de 1 a 5 filhos vivos (93,8% vs 86,8%,  $P = 0,108$ ), não estavam gestantes no momento em que ficaram abrigadas (7,6% vs 5,7%,  $P = 0,632$ ), tinham feito pré-natal em todas as gestações (51,7% vs 62,3%,  $P = 0,000$ ), tiveram de 1 a 3 partos na vida (43,1% vs 56,6%,  $P = 0,527$ ), nunca tinham realizado aborto (50% vs 58,5%,  $P = 0,640$ ) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Características da experiência com violência da população estudada.

Características relacionadas à violência	n	%
Ano da agressão		
2001 - 2006	144	73,0
2007 - 2012	53	27,0
Relacionamento com o agressor		
Relacionamento fixo*	170	86,3
Ex-parceiro	19	9,6
Outros (Pai, patrão ou parentes)	5	2,5
Não informado	3	1,5
Tempo de relacionamento com o agressor		
Até 120 meses	142	72,1
120 meses ou mais	41	20,7
Fator desencadeante		
Ciúmes	40	20,3
Sem motivo/motivo banal	37	18,8
Uso de substância psicoativas	34	17,3
Filhos/parentes (Divergência sobre criação de filhos ou relacionamentos com outros parentes)	23	11,7
Não aceita separação	17	8,6
Financeiro/patrimonial	12	6,1
Ciúmes/uso de substâncias psicoativas	11	5,6
Traição	8	4,1
Relação sexual forçada	7	3,6
Fez denúncia	4	2,0
Não informado	4	2,0
Meios utilizados		
Força física	79	40,1
Verbal	31	15,7
Força física e armas	22	11,2
Não informado	21	10,7
Força física e verbal	19	9,6
Armas	15	7,6
Outros	5	2,5
Verbal e arma branca	4	2,0
Não houve agressão	1	0,5

\* Dados não apresentados: marido 15,2%; namorado 71,1%.

No que se refere ao histórico de doenças, a maioria era saudável, sendo que poucas tinham Diabetes Melito (0,7% vs 3,8%,  $P = 0,187$ ) e hipertensão arterial sistêmica (4,2% vs 3,8%,  $P = 0,532$ ). A doença pregressa mais relatada foi a doença sexualmente transmissível (DST) (45,1% vs 17%,  $P = 0,009$ ) seguida por distúrbios mentais, tais como, ansiedade, choro fácil e sintomas de depressão com ou sem diagnóstico médico (9,7% vs 1,9%,  $P = 0,009$ ). Quanto aos conhecimentos e práticas em saúde a maioria relata ter algum co-

nhecimento sobre anticoncepcionais (83,3% vs 71,7%,  $P = 0,015$ ), tem hábitos tabagistas (27,8% vs 49,1%,  $P = 0,005$ ), etilista (9,7% vs 20,8%,  $P = 0,041$ ) e são usuárias de drogas ilícitas (3,5% vs 17,0%,  $P = 0,001$ ). A maioria relata fazer uso de algum medicamento de forma contínua (70,8% vs 71,7%,  $P = 0,127$ ) e deram entrada no abrigo sem lesão aparente decorrente da agressão (12,5% vs 22,6%,  $P = 0,709$ ) (Tabela 3).

Houve modificação no modo de fazer registro após a promulgação da LMP. Antes, a ficha de admissão continha dados genéricos e amplos (história de doenças, uso de medicamento, uso de droga e doenças dos filhos), fato que se repetia quanto à ficha de anamnese (menarca, primeira gravidez e violência na gestação). O prontuário continha receituários e exames médicos, uma ficha de acompanhamento psicossocial e boletim de ocorrência (Quadro 1).

Após a LMP, a ficha de admissão acrescentou informações de filhos que não estavam abrigados, a seção 'informações de saúde', acompanhamento ginecológico, abuso de drogas detalhado e meio utilizado na agressão. A ficha de anamnese também foi modificada incluindo o histórico de violência sexual, de abortos e detalhamento de DST, autoavaliação do estado emocional com questionamentos sobre autoestima. Foi adicionada ao prontuário uma pasta de acompanhamento das ações de saúde com quadro de medicamentos (tipo, dosagem e hora de administração), receituários e exames médicos, ações de saúde (consultas, providências, observações relevantes). Além do descrito, o prontuário incluiu o chamado plano individualizado de atendimento à mulher vítima de violência doméstica, que consiste num registro de atividades internas e oficinas, informações sobre saúde e acompanhamento multiprofissional e terapêutico, identificando as demandas de saúde (Problemas dermatológicos, psiquiátricos, deficiências, uso de medicamentos, dependência química, DST); os serviços multiprofissionais (Consultas, exames, encaminhamentos) e acompanhamentos (Psicologia e terapia ocupacional) utilizados, delimitação de estratégias voltadas para reinserção familiar e convivência comunitária após desligamento (Quadro 1).

## Discussão

Houve declínio no número de mulheres abrigadas após a promulgação da LMP. As mulheres abrigadas são jovens, pardas, em situação de vulnerabilidade pessoal e social, agredidas por par-

Tabela 3. Características de saúde da população estudada.

Ano da agressão	2001 – 2006		2007 - 2012		P
	n	%	n	%	
Características de saúde reprodutiva					
Número de filhos vivos (n = 195)					0,108
Nenhum	1	0,7	3	5,7	
1 ●—o 5	134	93,8	46	86,8	
6 ou mais	7	4,9	4	7,5	
Gestante atualmente (n = 13)	11	7,6	3	5,7	0,632
Pré-natal em todas gestações (n = 107)					0,000*
Sim	74	51,7	33	62,3	
Não	16	11,2	10	18,9	
Número de partos na vida (n = 147)					0,527
Nenhum	2	1,4	2	3,8	
1 ●—o 3	62	43,1	30	56,6	
4 ou mais	39	27,1	12	22,7	
Número de abortos na vida (n = 140)					0,640
Nenhum	72	50	31	58,5	
Mais de 1	23	16,0	14	26,4	
Violência gestação (n = 165)					0,580
Sim	85	59	28	52,8	
Não	37	25,7	15	28,3	
Histórico de doenças					
Diabetes Mellitus (n = 134)	1	0,7	2	3,8	0,187
Hipertensão Arterial Sistêmica (n = 135)	6	4,2	2	3,8	0,532
Problema cardíaco (n = 134)	6	4,2	-	-	--
Câncer (n = 135)	3	2,1	-	-	--
História patológica progressiva (n = 141)					0,009*
DST	65	45,1	9	17,0	
Distúrbios mentais	14	9,7	1	1,9	
Outras	12	8,3	3	5,7	
Síndromes dolorosas	7	4,9	4	7,5	
Doenças respiratórias	6	4,2	2	3,8	
Doenças sanguíneas	5	3,5	4	7,5	
Gastrointestinais	4	2,8	5	9,4	
Número de doenças relatadas (n = 144)					0,204
Até 1	120	83,3	48	90,6	
Mais de 1	24	16,7	5	9,4	
Conhecimentos e práticas em relação à saúde					
Conhecimento sobre anticoncepcionais (n = 166)	120	83,3	38	71,7	0,015*
Tabagista (n = 193)	40	27,8	26	49,1	0,005*
Etilista (n = 192)	14	9,7	11	20,8	0,041*
Informa uso de drogas ilícitas (n = 177)	5	3,5	9	17,0	0,001*
Relata uso contínuo de medicamento (n = 188)	31	70,8	7	71,7	0,127
Repercussões físicas da agressão					
Tipo de lesão (n = 58)					0,709
Sem lesão	18	12,5	12	22,6	
Hematomas	6	4,2	6	11,3	
Múltiplas	4	2,8	3	5,7	
Cortes	3	2,1	3	5,7	
Queimaduras	1	0,7	-	-	
Hemorragia	-	-	1	1,9	
Cicatrizes	-	-	1	1,9	

\* P &lt; 0,05; Teste qui-quadrado de Pearson.

**Quadro 1.** Assistência à Saúde ofertada às Mulheres no Abrigo.

Ações/Atividades Oferecidas	Antes LMP (2001 – 2006)	Após LMP (2007-até o presente)
Ficha de Admissão	Histórico de doenças, histórico de doença dos filhos abrigados, dependência química, uso de medicamentos, data da última menstruação, plano de saúde e local da agressão.	Informações sobre filhos desabrigados, seção sobre informações de saúde (histórico de doenças, uso de medicamentos, acompanhamento ginecológico, plano de saúde, dependência química).
Anamnese	1ª menstruação, violência na gestação, noções de gravidez, noções de anticoncepcionais, auto avaliação do estado emocional, histórico de DST, antecedentes familiares da vítima e do agressor.	Violência na gestação, noções de gravidez, noções de anticoncepcionais, histórico de violência sexual, histórico de DST (tipo, tratamento, data da última prevenção), histórico de abortos, relacionamento com agressor (início, comportamento em situações de violência), antecedentes familiares da vítima e do agressor, autoavaliação do estado emocional (perspectivas sobre o futuro e planos para realizá-las).
Avaliação Física	Informações contidas no boletim de ocorrência, localização das lesões da agressão.	Informações contidas no boletim de ocorrência, localização das lesões da agressão, meios utilizados na agressão
Ações de Saúde	Consultas, exames anexados aleatoriamente no prontuário, registros escassos de oficinas, palestras e práticas de saúde.	Consultas, exames, pasta de acompanhamento de saúde com controle dos medicamentos em uso, registros de todas as demandas de saúde da mulher juntamente com todas ações realizadas (oficinas, cursos, discussões em grupo, atendimentos de Fisioterapia, acompanhamento terapêutico) através de um Plano individualizado de atendimento à Mulher vítima de violência doméstica, avaliação da abrigada sobre os procedimentos de saúde oferecidos, registro de atividades lúdico-pedagógicas dos filhos.

ceiro íntimo de longa data, por motivo de ciúme através da força física. Ocorreu incremento de práticas relativas à saúde (uso de substâncias psicoativas e realização de pré-natal) e melhoria do conhecimento sobre anticoncepcionais, embora as DST continuem bastante prevalentes. Ressalta-se que o registro e a assistência à saúde oferecida na unidade abrigo foram ampliados após a LMP.

A diminuição no número de mulheres atendidas pelo abrigo após a LMP pode estar associada ao fato que a LMP tornou mais rigorosa a punição dos agressores (medidas protetivas de urgência – afastamento do agressor, suspensão de visita aos filhos – e também não podem mais ser aplicadas penas pecuniárias, tornando crime qualquer forma de agressão) e as mulheres são encaminhadas às casas-abrigos apenas em casos extremos de risco, em que não haja alternativa

para resolução do caso, o que muitas vezes ocorre após realizar a segunda ou terceira denúncia<sup>20,21</sup>. Deste modo, após a LMP, a ida a casas-abrigo só ocorre em situações em que esta é a única possibilidade de rompimento da relação violenta<sup>22</sup>.

No Ceará, do mesmo modo que no Brasil, os fatores associados à violência doméstica, em especial a psicológica, estão relacionados à idade (acima de 30 anos), baixa escolaridade, raça (cor não branca), não possuir trabalho remunerado, padrão de relacionamento afetivo (fixo e duradouro) e histórico de violência (ter sofrido ou convivido com violência durante a infância)<sup>23-26</sup>.

Entretanto, em outros países, há divergência nestas questões relacionadas à vulnerabilidade social e pessoal de mulheres agredidas. Um estudo multipaíses demonstrou que os fatores de risco para violência doméstica estão associados a

ter tido outros relacionamentos amorosos, principalmente se houver filhos, ter sofrido outros tipos de violência, uso de álcool e a atitude de aceitação da violência pela mulher<sup>27</sup>. Sonogo et al.<sup>28</sup> relatam que o tipo de violência a qual esta mulher é submetida influencia sua percepção, por exemplo, quando sofre apenas violência psicológica ela não interpreta isso como abuso/violência, mas como algo “normal”, apenas quando esta extrapola para o plano físico, torna-se anormal.

Ciúme, motivos banais e uso de substâncias psicoativas são elementos presentes no cotidiano de violência das mulheres estudadas. Dossi et al.<sup>29</sup> relatam que o ciúme é a principal causa de violência entre parceiros íntimos, o que se deve ao sentimento de posse do homem sobre a mulher. Relata ainda que o uso de drogas está associado com episódios de violência (92%) e que os motivos banais e corriqueiros são responsáveis por transformar agressividade em agressão. A percepção das mulheres agredidas refletem esses achados:

*...ele me bate porque está no calor, porque não recebeu dinheiro, porque diz que sonhou comigo traindo ele...* (abrigada em 2007).

A agressão física, prevalente no estudo, acarreta inúmeras lesões traumáticas que se manifestam sob a forma de equimoses, fraturas e distúrbios orgânicos, como dores imprecisas e múltiplas queixas, mas que são pouco descritas nos prontuários e aparentemente pouco investigadas durante o atendimento inicial do abrigo<sup>30,31</sup>.

A experiência de violência física por vezes repercute com as vivências em saúde sexual e saúde reprodutiva destas mulheres. Como neste estudo, Campbell et al.<sup>32</sup> demonstraram associação entre violência doméstica por parceiro íntimo e afecções uroginecológicas (DST, infecções do trato urinário, dor pélvica, sangramentos vaginais, infecções vaginais e fibroses). Isso pode se explicar pelo fato de que a maior parte dessas mulheres também é vítima de abuso sexual, sendo forçadas a manterem práticas e/ou relação sexual com o parceiro agressor. Os relatos mostram que o “estupro marital” ocorre tanto por medo da agressão como em consequência desta:

*... ele me força a ter relação com ele... eu aguento porque tenho medo...* (abrigada em 2006).

Este estudo revela ainda as violências múltiplas e repetidas, predominantes entre as mulheres abrigadas. Muitas, relataram histórico de abuso sexual desde a infância ou adolescência, como nas falas a seguir:

*... quando eu era pequena, tinha dois irmãos que abusavam de mim...* (abrigada em 2006)

*... não tive infância... fui estuprada por um tio com 8 anos e depois por outro tio quando tinha 12 anos... meu pai já tentou abusar de mim...* (abrigada em 2010)

O abuso sexual, o medo da agressão, as questões de gênero, dentre outros elementos de vulnerabilidade desta mulher, também a expõe a gravidezes indesejadas. Estudo realizado no Nordeste do Brasil revelou que 32,4% das gravidezes não planejadas são de mulheres vítimas de violência de gênero. Os fatores associados a isso são o uso ineficiente de contraceptivos, atitudes de desaprovação do parceiro e a recusa do parceiro em usar contraceptivos, configurando-se também como uma forma de violência, já que a mulher em relacionamentos violentos não tem controle sobre as relações sexuais que mantém<sup>33</sup>, corroborando com o presente estudo, como pode se ver isso neste relato:

*... meu marido não deixava eu usar nenhum anticoncepcional... nem camisinha, nem comprimido...* (abrigada em 2006)

*...ele me obrigava a tomar remédio pra perder o menino...mas eu não perdi...* (abrigada em 2004)

Acrescente-se a este cenário as múltiplas experiências de violência vivenciadas durante a gestação, que as coloca e expõe seus conceitos a inúmeras situações de risco. Ribeiro et al.<sup>34</sup> relatam que a violência na gestação é mais comum do que as doenças rotineiramente investigadas no pré-natal (pré-eclâmpsia e diabetes) e que a forma mais comum é a psicológica (41,6%). Além disso, a violência triplica a chance de gestantes realizarem pré-natal inadequado<sup>35</sup>. As mulheres atendidas no abrigo reafirmam estes achados:

*... em uma gravidez eu cheguei a perder o neném e na outra ele quebrou meu braço...* (abrigada em 2005)

*... meu filho nasceu com epilepsia por causa de uma surra que eu levei... na minha última gravidez ele nem deixou eu fazer as consultas...* (abrigada em 2006)

*... eu dei entrada no hospital mais de 20 vezes na minha última gravidez por causa das agressões... ele também não deixava eu ir para o pré-natal* (abrigada em 2006)

Deste modo, a ocorrência de transtornos mentais, bem como o uso de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas (álcool, tabaco e maconha.) é comum entre as mulheres abrigadas, sendo o uso de drogas e de transtorno do estresse pós-traumático prevalente entre mulheres que sofrem violência sexual, psicológica ou abuso físico<sup>36,37</sup>. Atualmente, entre mulheres urbanas de baixa renda, tem sido descrita uma tríade de coocor-

rência de agravos à saúde, a SAVA sindemia, que se refere à ocorrência de uso de drogas pesadas, violência íntima por parceiro e HIV/AIDS e esta também está fortemente associada à depressão mesmo que a mulher conte com apoio social<sup>37</sup>.

O aumento do uso de tabaco e álcool, encontrado no estudo, também tem sido relacionado como consequência direta da situação de violência experimentada entre essas mulheres<sup>10,28</sup>. As mulheres podem consumir álcool e outras drogas em uma tentativa de “automedicar” a dor e o mal-estar advindos da convivência com situações violentas e traumáticas<sup>38</sup>.

Blasco-Ros *et al.*<sup>39</sup> relatam que mulheres que sofriam violência psicológica associada à física tem maior potencial de saírem da situação de violência e, conseqüentemente, maior chance de recuperação da saúde mental. Kernic *et al.*<sup>40</sup> acrescentam que a redução da sintomatologia de transtornos mentais está associado à cessação da violência. Assim, o abrigo parece ser uma medida efetiva de melhoria das questões relacionadas ao sofrimento mental e físico entre mulheres vítimas de violência.

Já outra vertente de discussão sobre o abrigo e a saúde mental destas mulheres afirma que ao mesmo tempo em que protegem, por serem locais de endereço sigiloso, geram muitas perdas (do lar, dos bens, do convívio familiar e do emprego) e reforçam a ideiação de que o agressor pode tomar uma atitude de vingança e represália à mulher que denunciou e revelam a ineficiência do Estado em prover respostas para a segurança, reafirmando a ‘onipotência’ do agressor e eximindo o Estado de garantir o direito de ir e vir<sup>41,42</sup>.

Este estudo sinaliza que grandes mudanças ocorreram no atendimento à mulher abrigada no Estado do Ceará, mas ainda são escassos os registros das informações quanto às consequen-

ências físicas e psicológicas da(s) agressão(ões). Deste modo, não basta um serviço especializado e uma equipe bem treinada, multiprofissional e interinstitucional que garanta atendimento e providências adequadas<sup>31,43</sup>, é preciso uma reorganização dos serviços com mudanças no modo de atender e um maior envolvimento da equipe multidisciplinar no acompanhamento das mulheres e no desenvolvimento de ações de prevenção à violência<sup>20</sup>.

A escassez de estudos na área da saúde; as perdas de resultados devido a mudanças que ocorreram nas fichas de admissão das mulheres na instituição; a inexistência de padronização do preenchimento das fichas com inúmeros componentes qualitativos; além da inexistência de profissional de saúde para atendimento inicial e os fatores próprios dos estudos seccionais são elementos que contribuíram para a limitação deste trabalho.

## Conclusão

Poucas mudanças ocorreram no perfil de saúde de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas pelo Estado após a LMP. Mudanças relevantes ocorreram no padrão de assistência oferecido, tais como maior investigação, promoção e registro de atividades relacionadas à saúde, no entanto, há ainda pouca investigação sobre as repercussões físicas e psicológicas das agressões sofridas.

Sugere-se inclusão de profissionais na equipe da casa-abrigo que possam contribuir para o atendimento das mulheres com um olhar voltado para as repercussões físicas da agressão e o emponderamento das mulheres sobre sua saúde através de práticas de educação em saúde e cidadania.



## Colaboradores

RM Ferreira contribuiu na concepção, coleta de dados, redigiu e revisou o manuscrito; TB Vasconcelos contribuiu na análise e interpretação dos dados e revisão do manuscrito; RE Moreira Filho participou da interpretação dos dados e revisão do manuscrito; RHM Macena participou da concepção, coleta de dados, delineamento e revisão do manuscrito.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a Profa. Cecília de Figueiredo Holanda por seu apoio na tradução deste artigo.

## Referências

1. Sá SD, Werlang BSG. Personalidade de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos* 2013; 6(2):106-116.
2. Barros GS. Análise da violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto da aplicação da Lei Maria da Penha. *Âmbito Jurídico* 2012; 15(105). [2014 maio 22]. Disponível em: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=12364&revista\\_caderno=14](http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=12364&revista_caderno=14).
3. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10(5):e1001452.
4. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pub* 2005; 39(1):108-113.
5. Amico CC. Violência doméstica e familiar contra a mulher: necessidade de representação da vítima em caso de lesão corporal leve e culposa. *Boletim IBCCRIM* 2007; 14(170):18-19.
6. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):351-358.
7. Brasil. Presidência da República (PR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: PR; 2011.
8. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):691-700.
9. Pasinato W. Contribuições para o debate sobre violência, gênero e impunidade no Brasil. *São Paulo em Perspectiva* 2007; 21(2):5-14.
10. Dantas BM, Mélo RP. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol Soc* 2008; 20(spe):78-86.
11. Porto M, Costa FP. Lei Maria da Penha: as representações do judiciário sobre a violência contra as mulheres. *Estud psicol (Campinas)* 2010; 27(4):479-489.
12. Cordeiro ES, Cohen RHP. Crime ou parceria amorosa violenta: Interloquções entre psicanálise aplicada e Direito. *Opção Lacaniana online nova série* 2012; 3(7):1-9.
13. Carneiro AA, Fraga CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv Soc Soc* 2012; (110):369-397.
14. Moraes AFM, Ribeiro L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”. *Sex Salud Soc* 2012; (11):37-58.
15. Botelho RC. *Lei Maria da Penha: O discurso jurídico de responsabilização dos crimes e a efetividade da norma legal* [dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2013.
16. Silva RF, Prado MM, Garcia RR, Daruge-Júnior E, Daruge E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol* 2010; 7(1):110-116.

17. Amaral NA, Amaral CA, Amaral TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da Lei Maria Da Penha. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(4):980-988.
18. Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. *Esc Anna Nery* 2012; 16(3):435-442.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
20. Alves ES, Oliveira DLLC, Maffaccioli R. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(3):141-147.
21. Pinheiro MJM. *Mulheres abrigadas: violência conjugal e trajetórias de vida*. Fortaleza: EdUECE, EDMETA; 2012.
22. Pinheiro MJM, Frota MHP. As casas-abrigo: política pública de proteção à mulher vítima de violência doméstica. *O público e o privado* 2006; (8)109-130.
23. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica* 2005; 39(5):695-701.
24. Silva MA, Neto GHE, Filho JEC. Maus-tratos na infância de mulheres vítimas de violência. *Psicol. estud.* 2009; 14(1):121-127.
25. Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1263-1272.
26. Araújo IM, Lima JC, Borsoi ICF. Operárias no Cariri cearense: fábrica, família e violência doméstica. *Rev Estud Fem* 2011;19(3):705-732.
27. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, Jansen HA, Heise L. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health* 2011; 11:109.
28. Sonego M, Gandarillas A, Zorrilla B, Lasheras L, Pires M, Anes A, Ordobás M. Unperceived intimate partner violence and women's health. *Gac Sanit* 2013; 27(5):440-446.
29. Dossi AP, Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1939-1952.
30. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saude Publica* 2006; 22(12):2567-2573.
31. Prates PL. *Violência doméstica e de gênero: perfil sociodemográfico e psicossocial de mulheres abrigadas* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
32. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, Gielen AC, Wynne C. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Arch. Intern. Med.* 2002; 162(10):1157-1163.
33. Azevêdo ACC, Araújo TV, Valongueiro S, Ludermir AB. Intimate partner violence and unintended pregnancy: prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 2013; 29(12):2394-2404.
34. Ribeiro MR, Silva AA, E Alves MT, Batista RF, Rocha LM, Schraiber LB, Medeiros NL, Costa DC, Bettiol H, Barbieri MA. Psychological violence against pregnant women in a prenatal care cohort: rates and associated factors in São Luís, Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:66.
35. Viellas EF, Gama SGN, Carvalho ML, Pinto LW. Fatores associados à agressão física em gestantes e os desfechos negativos no recém-nascido. *J Pediatr* 2013; 89(1):83-90.
36. Quitete B, Paulino B, Hauck F, Aguiar-Nemer AS, Silva-Fonseca VA. Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Rev psiquiatr clín* 2012; 39(2):43-47.
37. Illangasekare S, Burke J, Chander G, Gielen. The syndemic effects of intimate partner violence, HIV/AIDS, and substance abuse on depression among low-income urban women. *J Urban Health* 2013; 90(5):934-947.
38. Zilberman ML, Blume SB. Violência Doméstica e Abuso de Álcool e outras Drogas. *Rev. Bras. Psiq.* 2005; 27(2):51-55.
39. Blasco-Ros C, Sánchez-Lorente S, Martínez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2010; 10:98.
40. Kernic MA, Holt VL, Stoner JA, Wolf ME, Rivara FP. Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? *Violence Vict* 2003; 18(2):115-129.
41. Silveira LP. Serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência. In: Diniz GS, Silveira LP, Mirim LA, organizadores. *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites*. São Paulo: Coletivo Feminista, Sexualidade e Saúde; 2006. p. 45-77.
42. Garcia LP, Freitas LRS, Hofelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saúde* 2013; 22(3):383-394.
43. Passos HR. *Conhecendo a rede de apoio a mulher vítima de violência do município de Belo Horizonte* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Artigo apresentado em 25/05/2015

Aprovado em 23/09/2015

Versão final apresentada em 25/09/2015