

## Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência

Patterns of minor psychiatric disorders among battered women treated at an emergency care unit

Iracema Viterbo Silva <sup>1</sup>  
Estela Maria Aquino <sup>2</sup>

### Abstract

*The aim of this cross-sectional study was to describe the patterns in minor psychiatric disorders among women who suffered different types of violence. Using a version of the Abuse Assessment Screen, face-to-face interviews were conducted in a cluster sample of women ages 15 to 49 years using an emergency care hospital. Women's mental status was assessed with a version of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). From a total of 273 women, 77.3% (95%CI: 78.2-82.2) scored 7 or more on the SRQ-20, indicating the presence of psychiatric illness. The findings suggest that women who had experienced more than one type of violence (PR = 1.31; 95%CI: 1.11-1.56) and who had been battered in the previous 12 months (PR = 1.30; 95%CI: 1.08-1.58) were more likely to suffer minor mental disorders. The results show a positive association between violence and mental illness, suggesting the need for more effective measures in the care of victims, such as the creation of institutional nets to guarantee comprehensive care for women.*

*Battered Women; Violence Against Women; Psychological Stress; Mental Health*

<sup>1</sup> Hospital Geral do Estado, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

#### Correspondência

I. V. Silva

Hospital Geral do Estado, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

4ª Avenida do CAB 400, Plataforma 6, Lado B, Salvador, BA  
41750-300, Brasil.  
iviterbos@superig.com.br

### Introdução

No início dos anos 70, a violência contra as mulheres passou a ser considerada como um grave problema social em várias nações ocidentais, tendo contribuído para isto o movimento feminista que aliado a outros organismos da sociedade conduziu profundos debates acerca do assunto <sup>1</sup>. No Brasil, ainda na fase do regime militar, este movimento integrou-se às lutas pela democratização da sociedade chamando a atenção para a situação de mulheres ameaçadas na sua integridade física e moral e trazendo para o espaço público uma situação que, apesar de antiga, permanecia camuflada pela privacidade do lar <sup>2</sup>.

Embora a violência seja um fenômeno que incida sobre a população em geral, estudos têm demonstrado que, enquanto os homens estão mais sujeitos a uma agressão no espaço público, as mulheres estão mais vulneráveis a sofrer agressões recorrentes de pessoas mais próximas, inclusive porque a maior parte dos abusos tende a ocorrer na própria família, o que torna este problema mais difícil de ser identificado <sup>3,4</sup>. Esta diferença que separa homens e mulheres na vitimização não encontra explicações na biologia, mas em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que distinguem papéis para homens e mulheres em um processo hierárquico de dominação e poder <sup>5</sup>.

Assim, nas últimas décadas, muitos estudos têm procurado comprovar a associação da vio-

lência com uma maior prevalência de diversos problemas de saúde física, reprodutiva e mental entre as mulheres, referindo que as que são atingidas física ou sexualmente buscam mais os serviços de saúde, sendo as conseqüências percebidas, ainda que a violência não seja identificada ou registrada pelo profissional responsável pelo atendimento<sup>6,7,8</sup>. Constata-se que as repercussões para a saúde vão além das lesões decorrentes das agressões físicas, tanto é que vários problemas de saúde apresentados pelas mulheres – como queixas ginecológicas e gastrintestinais, depressão e outras queixas vagas – além de casos de suicídio, têm sido atribuídos potencialmente à violência, sem que necessariamente tenham sido objeto de análise epidemiológica<sup>4,9,10</sup>.

No Brasil, ainda são escassos os estudos que tratam dos efeitos da violência para a saúde e particularmente a saúde mental, havendo uma tendência de investigar distúrbios mentais em pessoas, geralmente homens, que praticaram algum delito, tratando a violência como um fenômeno resultante da experiência de adoecimento. A violência nesses casos é vista não como uma ação intencional, mas como o resultado do descontrole de si, causado pela doença<sup>11</sup>. Entretanto, recentemente, o estudo de Adeodato et al.<sup>12</sup> sobre depressão em mulheres vítimas de violência conjugal encontrou escores elevados para distúrbios não psicóticos. Em estudo anterior, observou-se que mulheres em situação de violência, freqüentemente apresentam quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos que muitas vezes são erroneamente diagnosticados e desqualificados pelo profissional, que considera a queixa apresentada pela mulher como algo fantasioso ou com o objetivo de chamar a atenção<sup>13</sup>. Desta forma, a suspeita de uma situação de violência dificilmente é cogitada.

No campo da saúde mental, por muitos anos, apenas os transtornos mentais ditos psicóticos constituíram objeto de investigação. Isto porque os estudos sobre a saúde mental dos indivíduos restringiam-se aos espaços institucionais e, portanto, aos casos mais graves<sup>14,15</sup>. Entretanto, a partir da década de 80, alguns estudos realizados com a população não institucionalizada identificaram um outro tipo de morbidade psiquiátrica, concluindo-se que a maioria dos sintomas apresentados pelos indivíduos consistia em distúrbios não psicóticos, a exemplo de ansiedade, depressão e outras queixas somáticas que, diante da dificuldade em distingui-los, têm sido substituídos pela categoria mais ampla, denominada morbidade psiquiátrica menor ou distúrbios psíquicos menores<sup>15</sup>.

No Brasil, ainda que muitos estudos façam referência aos efeitos da violência para a saúde

das mulheres, nem sempre apresentam a prevalência dos diversos problemas de saúde referidos<sup>6,16,17,18,19,20</sup>. Por outro lado, é comum nesses estudos a apresentação de percentuais que se referem às lesões sofridas pelas mulheres decorrentes da violência física ou sexual, ou seja, apenas quando a violência é exteriorizada, não levando em consideração, por exemplo, a violência psicológica que não deixa marcas visíveis, mas que pode trazer sérias conseqüências para a saúde da mulher<sup>21</sup>.

Portanto, neste artigo, temos por objetivo descrever o padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre mulheres que sofreram variados tipos de violência, contrastando-o com a resposta que o serviço deu à queixa dessas mulheres, considerando o tipo de agressão, tempo decorrido do último episódio, o motivo alegado para atendimento e o diagnóstico final.

## Metodologia

### Desenho e população de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo, tendo como população de referência mulheres de 15 a 49 anos, em atendimento em um hospital de urgência e emergência e que declararam ter sofrido algum tipo de violência na vida.

### Instrumentos utilizados

Através de entrevista face-a-face, fez-se uso de um questionário que estava dividido em duas partes. A primeira, elaborada a partir de instrumento já testado e validado no Brasil, o *Abuse Assessment Screen*<sup>22</sup>, visava identificar a população de estudo, ou seja, mulheres que haviam sofrido algum tipo de violência na vida. Continha questões como: “*Você já foi maltratada fisicamente alguma vez ou agredida por alguém?*”, “*Alguém já fez você passar por algum tipo de humilhação? Fez algum tipo de ameaça? Fez você ficar com medo?*”, “*Alguém já forçou você a fazer sexo contra a vontade?*”. A segunda parte, aplicada apenas com a população de estudo, continha o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)<sup>23</sup>, instrumento utilizado para investigar os distúrbios psíquicos menores e que consiste em vinte questões com alternativas de sim ou não, com ponto de corte  $\geq 7$ , referentes às quatro últimas semanas anteriores à entrevista. Quem respondia afirmativamente a sete ou mais questões era considerada como potencialmente portadora do distúrbio.

### Descrição da amostra

Foram entrevistadas 701 mulheres em atendimento na unidade, sendo elegíveis para o estudo 342 mulheres que admitiram ter sofrido algum tipo de violência na vida, estimando-se uma prevalência de 48,7% (intervalo de 95% de confiança –IC95%: 45,0-52,4) de mulheres vitimizadas. Dentre estas, 273 (83,2%) responderam ao SRQ-20, ocorrendo 14 recusas e 55 perdas, incluindo: usuárias em sofrimento agudo que ficaram impossibilitadas de continuar com a entrevista; aquelas que, apesar de responderem afirmativamente a alguma das modalidades de agressão, não consideraram esta experiência como violência, interrompendo a entrevista; e erro de classificação pelas entrevistadoras que também motivou a interrupção da entrevista.

### Seleção da amostra

Para seleção da população de estudo, recorreu-se à amostra por conglomerado, tendo como unidade de conglomerado o período do dia (madrugada, manhã, tarde e noite). Assumindo uma prevalência de violência física entre dados levantados durante uma semana (22 a 28 de abril de 2001) em torno de 32%, erro aceitável de no máximo 20% e confiança de 95%, o número de conglomerados selecionados ficou em 47 e o tamanho da amostra final foi a soma de mulheres entrevistadas no período e que referiram violência. O sorteio dos conglomerados foi feito de forma sistemática onde o intervalo de amostragem foi dado por:  $K = N/n$ ;  $K = 240/47 \cong 5$ . Elegeu-se como local para seleção dos casos os serviços de triagem e de sutura, que via de regra são as portas de entrada dos pacientes na unidade. O acesso da usuária à unidade era controlado por meio de consultas ao setor de registro quando se identificava o tipo de atendimento que demandava – clínico ou traumatológico – e conseqüentemente qual o setor onde o mesmo seria dado. Foram elegíveis para a entrevista as mulheres que eram admitidas e efetivamente atendidas durante cada período selecionado, sendo excluídas as usuárias que já tivessem sido entrevistadas em período anterior do próprio estudo, retornando à unidade para nova consulta. As mulheres entrevistadas que referiram violência foram selecionadas para responderem a segunda parte do questionário. Mulheres vítimas de traumas acidentais e aquelas registradas pela unidade como vítimas de agressão, mas não localizadas para a primeira fase da entrevista, foram consideradas ineligíveis para este estudo.

### Definição de variáveis

Foram investigados três tipos de violência – física, sexual e psicológica –, sendo considerados nos casos de violência sexual o sexo contra a vontade ou para não contrariar o parceiro, o sexo com medo e a prática sexual considerada humilhante. A violência psicológica foi identificada a partir de relatos de ofensa, xingamento, humilhação, ameaça e amedrontamento, ocorridos apenas nos últimos 12 meses. Para violência física, os relatos de tapas, bofetadas, chutes, empurrões, tentativas de estrangulamento, queimaduras e ferimentos com arma ou objeto, alguma vez na vida. A variável de exposição foi analisada considerando-se tipo e modalidade, o tempo decorrido do último episódio – até um ano ou acima de um ano – e a ocorrência de apenas um ou mais tipos de violência.

Foram analisadas, ainda, as características sócio-demográficas no que se refere à idade, cor da pele, situação conjugal, nível de escolaridade, ocupação, renda e religião, além de variáveis relacionadas ao enfrentamento da violência, auto-avaliação da saúde pela usuária, bem como a resposta do setor diante da queixa apresentada por essa mulher no que diz respeito a diagnóstico médico e procedimentos adotados.

### Banco de dados

Após a coleta, ocorrida entre 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info versão 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

### Análise

Para a análise utilizou-se o programa Stata versão 7.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), sendo inicialmente feita a análise descritiva a fim de observar, por meio das suas proporções, a relação entre variáveis. Como medida de ocorrência, fez-se uso da prevalência e respectivo intervalo de confiança. Através da análise estratificada foram verificadas as associações estimadas pela razão de prevalência (RP) e a inferência estatística baseada em intervalos de confiança pelo método Mantel Haenszel (alfa = 5%).

### Aspectos éticos

Atendendo aos princípios éticos que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi previamente analisado e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, do Hospital Universitário Professor Edgard Santos. Através do

consentimento livre e esclarecido, buscou-se a anuência das mulheres que eram informadas sobre os objetivos, métodos e possíveis benefícios do estudo. Ao mesmo tempo, foram garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações. Em alguns casos, devido às condições físicas e emocionais da paciente e em respeito à sua vontade que preferia não lembrar de episódios vividos no passado, algumas questões do instrumento de coleta deixaram de ser respondidas. Quando era detectado algum caso de violência atual, as entrevistadoras com formação em serviço social, ao final da entrevista, prestavam apoio psicossocial e indicavam os recursos disponíveis na comunidade para enfrentamento do problema.

## Resultados

### Características sócio-demográficas da população

Esta população era composta, na sua maioria, por mulheres na faixa etária de 25 a 49 anos (64,4%); negras (88,6%), casadas ou com experiência prévia de união conjugal (68%), com baixo nível de escolaridade (69,6%), que trabalhavam (54,2%), com renda familiar até três salários mínimos (63,6%) e que possuíam uma religião (84,1%).

### Padrão de ocorrência da violência

Das 273 mulheres que responderam ao SRQ-20, 81,3% sofreram agressão física alguma vez na vida, entretanto este tipo de violência geralmente era acompanhado por outras modalidades de agressão, de modo que a maioria sofreu mais de um tipo de violência (67,8%). Observou-se que 30% das mulheres declararam ter sofrido violência física e psicológica, enquanto que 22,7%, além destas duas modalidades, também sofreram violência sexual (Figura 1). A violência física resultou em lesões para 49,8% (IC95%: 43-55) das mulheres, tendo cortes leves (30,4%) perfurações penetrantes (15,9%) e hematomas (16,6%) como as mais comuns (dados não apresentados). Todavia, foram observados relatos de lesões mais graves como traumatismo craniano (5,7%) e até mesmo aborto (2,8%) o que configura a ocorrência de violência na gravidez. Das mulheres que sofreram lesões, 67,6% necessitaram de atendimento médico e 9,3% chegaram à hospitalização. Dos casos de hospitalização prévia, 76,9% ficaram internadas de dois até oito dias e 71% das mulheres hospitalizadas contaram para os profissionais que as atenderam, naquela ocasião, o motivo das lesões. A maior parte das lesões

aconteceu nos últimos 12 meses (52,2%). Em se tratando da violência sexual, 42,1% das mulheres foram forçadas a fazer sexo contra a vontade ou fizeram sexo apenas para não contrariar o parceiro, sendo que tal prática ocorreu nos últimos 12 meses, também, para 42,1% dessas mulheres. Algumas mulheres referiram ter feito sexo com medo (23,5%) e 16,1% consideraram humilhante a prática sexual a que foram submetidas. Para 13% das mulheres vítimas de violência sexual, a prática considerada humilhante ocorreu em um contexto de estupro. A violência psicológica foi referida por 67% das mulheres com história de violência. Dessas, 68,3% foram assustadas, ameaçadas e amedrontadas, enquanto que as demais sofreram xingamentos, ofensas e humilhações.

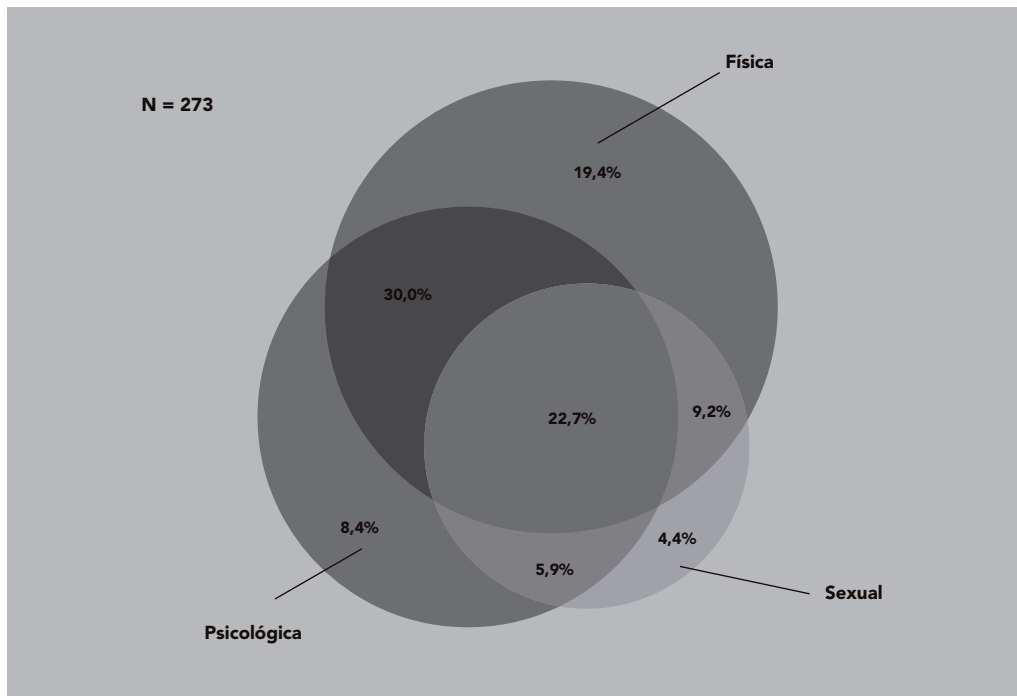
A proporção de mulheres que foram agredidas pelos parceiros foi de 66,5%, seguidos de parentes (12,4%) desconhecidos (10,6%) e conhecidos (10,3%). Comparando as características sócio-demográficas da vítima e do agressor, em caso de parceiros, observou-se que com relação à cor, entre as mulheres brancas, 47,1% dos parceiros eram negros. Entre mulheres negras, o percentual é de 17,9% para parceiros brancos. Entre mulheres com nível de escolaridade mais alto (Ensino Médio e Superior) 51,1% dos parceiros tinham baixo nível de escolaridade. Dentre as mulheres com menor escolaridade, 76% dos parceiros também possuíam baixo nível de escolaridade. Entre as mulheres que exerciam atividade remunerada 71,7% dos parceiros também trabalhavam. Para as que não exerciam atividade remunerada, o percentual para parceiros que trabalhavam foi de 74,6%.

### Padrão de ocorrência dos distúrbios psíquicos menores

A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 77,3% (IC95%: 72,2-82,2). Quando analisadas as características sócio-demográficas, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os estratos específicos (Tabela 1). Entretanto verificou-se associação positiva estatisticamente significativa no caso de violência psicológica (RP = 1,23; IC95%: 1,05-1,45); também quando houve mais de um tipo de violência (RP= 1,31; IC95%: 1,11-1,56) ou se a agressão ocorreu nos últimos 12 meses (RP = 1,30; IC95%: 1,08-1,58). Mulheres que foram assustadas, amedrontadas ou ameaçadas apresentaram prevalência de distúrbios psíquicos menores 26% maior (RP = 1,26; IC95%: 1,06-1,48) e as que referiram tapas e bofetadas também 26% (RP = 1,26; IC95%: 1,08-1,47). As que sofreram tentativa de estrangulamento, queimaduras ou foram feridas com arma ou objeto apresentaram um excesso de 24%

Figura 1

Distribuição percentual das mulheres que sofreram violência alguma vez na vida, segundo tipo de violência sofrida\*.



\* Violência física: bater, esbofetear, chutar, empurrar, queimar, ferir com arma ou objeto; violência psicológica: ofender, humilhar, amedrontar, xingar; violência sexual: sexo contra a vontade ou para não contrariar o parceiro; sexo com medo ou humilhante.

(RP = 1,24; IC95%: 1,08-1,43) (Tabela 2). Mulheres com filhos apresentaram prevalência de 78,8% de distúrbios psíquicos menores e sem filhos de 71,6%. A prevalência de distúrbios psíquicos menores em mulheres agredidas por parceiros foi de 77,9% e de 76,1% por outros agressores.

### **Enfrentamento da violência**

A maioria (64,6%) afirmou ter reagido à violência. Questionadas quanto a situações que justificariam um homem bater em sua mulher, 86,6% das entrevistadas afirmaram não haver qualquer justificativa, porém 8,5% admitiram esta conduta em caso de infidelidade. Para escapar da violência, 43,9% das mulheres chegaram a deixar a casa. O principal motivo alegado foi que "já não agüentava mais" (49,1%) e em 66,1% dos casos buscaram refúgio em casa de parentes, porém 46,9% das mulheres acabaram retornando. Das mulheres que saíram e retornaram para casa, 75,4% permaneceram de um até trinta

dias fora de casa, porém houve um caso em que a vítima retornou após seis anos sem conviver com o agressor. Entre os motivos alegados para o retorno está o pedido do companheiro ou de algum membro da família (25,8%) e também pelos filhos (19,3%). O percentual de mulheres com filhos foi de 80,2%, sendo que 25% das mulheres tinham de um até cinco filhos com idade que variava de 1 a 15 anos em 84,5% dos casos. Algumas mulheres chegaram a procurar ajuda no enfrentamento da violência conversando com os pais ou amigos (82,1%) ou, até mesmo, alguma instituição como delegacias e unidades de saúde (43,3%). Na avaliação que fizeram dos serviços buscados, 48% não consideraram o atendimento satisfatório.

### **Padrão de morbidade auto-referida e diagnóstico médico**

As causas clínicas responderam por 82,1% dos motivos do atendimento, distribuindo-se de

Tabela 1

Prevalência de distúrbios psíquicos menores e razão de prevalência (RP) para mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001 e que referiram algum tipo de violência alguma vez na vida, segundo características sócio-demográficas.

Características sócio-demográficas	n	Prevalência (%)	RP	IC95%
Idade (anos)				
15-24	91	78,0	1,00	0,87-1,15
25-49	170	77,6	1,00	*
Cor **				
Negra (pretas e pardas)	231	78,3	1,06	0,85-1,33
Branca	30	73,3	1,00	*
Situação conjugal				
Casada ou ex-casada	179	78,2	1,01	0,88-1,17
Solteira	82	76,8	1,00	*
Religião				
Sem	42	83,3	1,08	0,93-1,26
Com	219	76,7	1,00	*
Escolaridade				
Até Fundamental completo	181	77,9	1,00	0,87-1,15
Médio ou Superior	80	77,5	1,00	*
Emprego				
Sem	118	81,3	1,08	0,95-1,23
Com ***	143	74,8	1,00	*

\* Valor de referência;

\*\* Excluída 1,12% de indígenas e amarelas;

\*\*\* Inclui 36,5% de trabalhadoras com carteira assinada.

forma igual nos períodos da manhã e da tarde (33,8%). Os acidentes automobilísticos apareceram mais à noite com 83,3%, enquanto que os atropelamentos (60%) e as quedas (66,6%) no período da tarde. Já as agressões declaradas tiveram sua maior prevalência no período da madrugada com 34,2% (dados não apresentados).

A prevalência de distúrbios psíquicos menores foi de 80,8% para mulheres que alegaram queixas clínicas no momento da admissão e de 61,2% para as vítimas de trauma; sendo maior, também, para aquelas cujo diagnóstico médico consistiu em sintomas e achados anormais (prevalência = 86,5%) comparado às causas externas, sendo tais resultados estatisticamente significantes (Tabela 3).

Observando o fluxo do atendimento a depender do motivo da admissão e ocorrência de distúrbios psíquicos menores, observa-se que a conduta médica diferiu conforme o caso. As mulheres com queixas clínicas e que apresentaram distúrbios psíquicos menores, em 73,5% dos casos passaram apenas pela consulta e, quando

muito, receberam uma medicação; entretanto, as vítimas de trauma que apresentaram distúrbios psíquicos menores, em 41,3% dos casos não passaram por exames laboratoriais, radiológicos entre outros procedimentos, recebendo apenas a consulta e medicamentos (Figura 2).

Avaliando a própria saúde, 41,7% das mulheres referiram saúde regular e 69,2% acreditavam ter a saúde afetada pela situação de violência. A proporção de mulheres vítimas de trauma que referiram saúde regular a muito fraca foi de 46,9%; entre as mulheres com queixas clínicas, a proporção foi de 71,4%. A prevalência dos distúrbios psíquicos menores foi 51% maior entre mulheres que referiram saúde regular a muito fraca. Semelhantemente aos casos de distúrbios psíquicos menores, as mulheres que referiram saúde regular a muito fraca, receberam tratamento diferenciado de acordo com o motivo do atendimento. Em 42,8% dos casos as vítimas de trauma não realizaram exames mais completos, enquanto que as mulheres que apresentaram queixas clínicas, em 73,5% dos casos não pas-



Tabela 2

Prevalência de distúrbios psíquicos menores e razão de prevalência (RP) para mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, segundo tipo de violência, modalidade de violência física e psicológica e tempo decorrido do último episódio.

Características sócio-demográficas	n	Prevalência (%)	RP	IC95%
Violência física				
Sim	222	79,7	1,19	0,97-1,46
Não	51	66,6	1,00	*
Violência sexual				
Sim	115	82,6	1,12	0,99-1,27
Não	158	73,4	1,00	*
Violência psicológica				
Sim	183	82,5	1,23	1,05-1,45
Não	90	66,6	1,00	*
Mais de um tipo de violência				
Sim	185	83,7	1,31	1,11-1,56
Não	88	63,6	1,00	
Modalidade da violência psicológica				
Xingar, ofender, humilhar	58	79,3	1,18	0,97-1,44
Assustar, amedrontar, ameaçar	125	84,0	1,26	1,06-1,48
Sem agressão psicológica	90	66,6	1,00	*
Modalidade da violência física nos últimos 12 meses				
Bater e esbofetear	30	90,0	1,26	1,08-1,47
Chutar e empurrar	35	74,2	1,04	0,83-1,29
Tentar estrangular, queimar, ferir com arma ou objeto	53	88,6	1,24	1,08-1,43
Sem agressão nos últimos 12 meses	153	71,2	1,00	*
Violência alguma vez na vida por tempo decorrido				
Até um ano	203	82,2	1,30	1,08-1,58
Mais de um ano	70	62,8	1,00	*

\* Valor de referência.

saram por tais procedimentos (Figura 2). Ao investigar a acessibilidade das usuárias aos serviços de saúde, 42,4% informaram ter enfrentado alguma dificuldade para ser atendida quando precisaram ou quiseram procurar um médico ou serviço de saúde, sendo a mais comum o longo tempo de espera, com 68,1% (dados não apresentados).

Entre as 69 perdas e recusas que não responderam ao SRQ-20, 46,8% mulheres sofreram violência física associada ou não a outras modalidades, enquanto 53,2% violência sexual e/ou psicológica. Das que sofreram violência física 61,5% receberam diagnóstico referente a causas clínicas, 23% foram registros de sintomas e achados anormais e 7,3% causas externas. Já entre as que sofreram violência sexual e/ou psicológica, os

percentuais foram de 73,2% para causas clínicas e, respectivamente, 19,5% e 7,3% para sintomas e achados anormais e causas externas (dados não apresentados).

### Discussão

O estudo mostrou que o conceito de violência ainda é controverso e está sujeito a várias interpretações. Isto foi percebido através do instrumento de coleta de dados que continha questões para rastreamento de modalidades de agressão que algumas vezes não eram consideradas como violência pela usuária, ou até mesmo pela entrevistadora, o que retrata a carga de ideologia e senso comum que permeia a definição do

Tabela 3

Prevalência de distúrbios psíquicos menores em mulheres atendidas em uma unidade de urgência e emergência, no período de 16 de outubro a 12 de dezembro de 2001, que referiram algum tipo de violência na vida, segundo motivo do atendimento e diagnóstico médico.

Categoria	n	Prevalência (%)	IC95%	valor de p
Motivo do atendimento				
Queixas clínicas	224	80,8	75,6-86,0	0,003
Acidentes e agressões	49	61,2	47,0-75,3	*
Diagnóstico médico				
Causas clínicas	159	76,1	69,3-82,8	0,173
Sintomas mal definidos	52	86,5	76,9-96,1	0,017
Causas externas	44	65,9	51,3-80,4	*

\* Valor de referência;

\*\* Excluída 1,12% de indígenas e amarelas;

\*\*\* Inclui 36,5% de trabalhadoras com carteira assinada.

fenômeno, dificultando o seu entendimento e, conseqüentemente, a sua identificação.

Foi encontrada uma alta prevalência (77,3%) de distúrbios psíquicos em mulheres vítimas de violência. Por se tratar de uma amostra de usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que, sob a ótica do profissional médico, atendiam aos critérios de uma unidade de urgência e emergência, não se pode atribuir os achados à população em geral.

A seleção das mulheres para o estudo também estava sujeita à declaração da usuária em ter vivenciado ou não a situação de violência, podendo ter ocorrido um viés de informação e conseqüentemente um viés de seleção. Por outro lado, o critério de seleção excluiu as mulheres que não referiram agressão, impedindo a formação de um grupo de comparação com não expostos. Conseqüentemente, não se afasta a possibilidade de que entre mulheres que não sofreram violência, também seja encontrada uma alta prevalência de distúrbios psíquicos menores.

Por se tratar de um estudo transversal não se pode estabelecer com segurança a seqüência temporal dos eventos, sendo possível que mulheres detectadas com distúrbios psíquicos menores já os apresentassem antes da experiência de agressão ficando vulneráveis à violência.

Entretanto, ao considerar tipo de violência e tempo decorrido do último episódio, foram verificadas associações com resultados estatisticamente significantes, o que indica a existência de uma relação entre violência e transtornos mentais. As mulheres que sofreram violência nos últimos 12 meses apresentaram maior prevalên-

cia dos distúrbios psíquicos, bem como as que referiram mais de um tipo de violência.

Ainda que o SRQ-20 utilizado para detectar a ocorrência de distúrbios psíquicos menores não seja um instrumento de diagnóstico, requerendo outros procedimentos de avaliação clínica para confirmar a presença de doença mental, foi recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos comunitários e em atenção primária à saúde, tendo sido validado no Brasil por Lima et al.<sup>14</sup> É, portanto, um instrumento confiável para rastreamento de casos clínicos e para estimar a ocorrência de distúrbios psíquicos menores em populações.

Como se previa, a prevalência de violência psicológica foi alta e apresentou associação positiva estatisticamente significativa com distúrbios psíquicos menores, sendo tal achado compatível com o resultado de Nixon et al.<sup>24</sup> que encontraram relação entre este tipo de violência e a depressão.

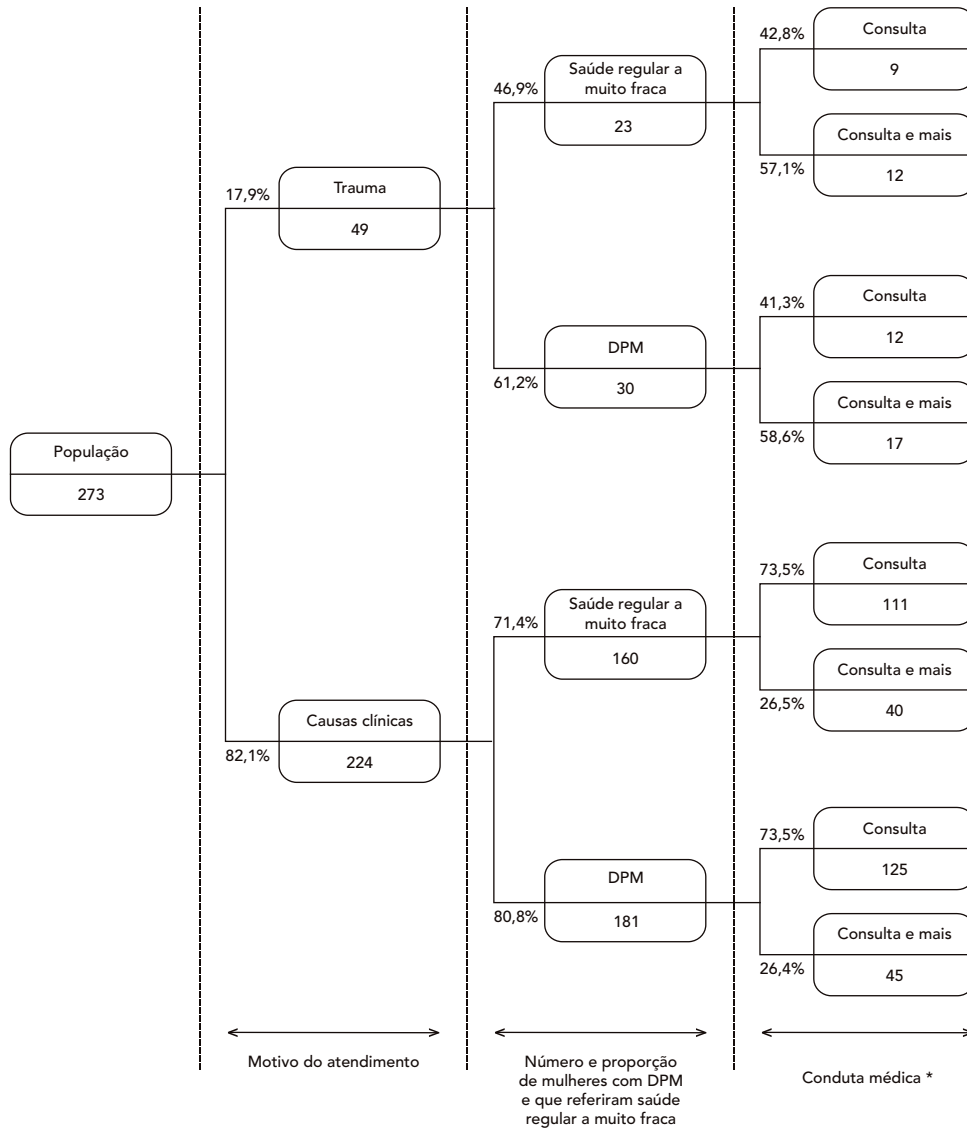
Assim, mesmo com as dificuldades enfrentadas no universo da pesquisa e das limitações do tipo de desenho utilizado, os achados são consistentes com o de outros autores, a exemplo de Adeodato et al.<sup>12</sup> que avaliaram a qualidade de vida e depressão em vítimas de violência doméstica, encontrando pontuação sugestiva de algum grau de depressão em 72% das mulheres.

As características sócio-demográficas mostraram uma fraca associação com distúrbios psíquicos menores, sem significância estatística. Almeida-Filho et al.<sup>25</sup> observaram que a prevalência dos distúrbios mentais aumenta com a idade, todavia, neste estudo não foram encontradas diferenças por faixa etária.



Figura 2

Resultado da conduta médica de acordo com o motivo de atendimento e a proporção de mulheres vítimas de violência que apresentaram distúrbios psíquicos menores (DPM) e referiram saúde regular a muito fraca em unidade de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil.



Não foram encontradas diferenças para a ocorrência dos distúrbios entre as mulheres que reagiram ou deixaram de reagir à violência; bem como entre as que deixaram a própria casa ou que permaneceram com o agressor. Também não houve diferença nos resultados se as mulheres conversaram com alguém ou não sobre a violência ou se procuraram ou deixaram de procurar algum serviço de apoio.

Na investigação de violência sexual, o estudo considerou as mulheres que fizeram sexo apenas para satisfazer ao parceiro, o que culturalmente pode ser considerada uma prática aceitável. Porém, mesmo que até entre homens tal fato aconteça, acredita-se existir um diferencial por gênero nos motivos que levam a tal conduta. Para o homem é a afirmação da sua masculinidade, enquanto que para a mulher é a “obrigação” de

esposa, namorada ou companheira satisfazer sexualmente o parceiro.

Percebe-se que na vida em sociedade os papéis estabelecidos para homens e mulheres são diferenciados. Em algumas sociedades ainda perduram costumes e tradições que acabam reforçando a submissão das mulheres, colocando-as em uma situação de vulnerabilidade diante da violência. Há poucas mulheres que encontram, ainda, motivos que justifiquem um homem agredir uma mulher, reflexo de uma época em que era permitido o assassinato da esposa acusada de infidelidade, não causando estranheza que a maior parte dos agressores ainda seja os parceiros.

Observou-se que o percentual de parceiros agressores com características diferentes da vítima foi maior entre mulheres brancas e com nível de escolaridade mais alto, entretanto não se sabe se tal diferença pode ter influências no processo de vitimização. As características da composição do casal têm sido pouco exploradas nos estudos sobre violência envolvendo parceiros, podendo tornar-se um campo bastante promissor para novos estudos.

O número de mulheres que referiram agressão no momento da admissão foi de 32 mulheres, porém não se descarta a possibilidade de que muitos atendimentos registrados como acidentais tenham sido resultantes de agressão física, conforme verificado durante o trabalho de campo em que certa usuária foi coagida pelo companheiro a referir queda como motivo do atendimento para justificar a marca de agressão que trazia no corpo.

Schraiber et al.<sup>4</sup> utilizaram as classificações moderada e grave para avaliar a intensidade da violência, todavia, neste estudo, as mulheres que referiram tapas e bofetadas apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos, em comparação a mulheres que sofreram outras modalidades consideradas mais severas, indicando que a gravidade da violência nem sempre pode ser medida pelo tipo de agravo.

Observa-se, através do resultado da auto-avaliação, que a própria mulher percebe os efeitos da violência sobre a sua saúde, entretanto o problema permanece invisível ao setor, não sendo

sequer registrado em prontuário e quando isto ocorre o atendimento resume-se ao tratamento das marcas deixadas no corpo. Constatou-se, inclusive, que a conduta médica diferia a depender do motivo do atendimento. Na maioria das vezes eram realizadas consultas e prescrição de medicamentos, dando-se prioridade às vítimas de traumas para a realização de procedimentos mais minuciosos, numa demonstração de que a violência somente é considerada para efeito de cuidados quando pode ser exteriorizada.

Sem dúvida é como a pessoa se percebe estando doente que determina o modo que ela transmitirá para o profissional o que sente, todavia nem sempre a queixa corresponde ao que é entendido por doença pela medicina. De modo que, se a violência não pode ser vista, mas pode ser percebida pelo profissional, ainda assim o atendimento restringe-se a um diagnóstico vago e à prescrição de uma medicação que não responde de forma efetiva à necessidade dessa mulher. Quando as conseqüências são expressas através de quadros de ansiedade e somatização, a situação é banalizada, sendo as mulheres tratadas até mesmo com ironia, numa demonstração da violência institucional a que também estão sujeitas, sendo esta mais uma modalidade que se apresenta como tema de investigação<sup>26</sup>.

Assim, os resultados são sugestivos da associação entre violência contra as mulheres e a ocorrência de transtornos mentais o que justifica a realização de novos estudos explorando melhor esta relação, superando os limites metodológicos apontados neste estudo. Também indicam a necessidade de medidas preventivas e a formulação de políticas de saúde que garantam a integralidade da assistência às mulheres. Nas duas últimas décadas têm sido criados serviços, a exemplo de delegacias especiais e centros de referência para o atendimento às vítimas de agressão, porém estes precisam estar articulados em rede, envolvendo diferentes áreas do conhecimento e atuação profissional. A equipe de saúde deve estar preparada para atender de forma eficaz a essas mulheres, de modo a não só identificar a violência, mas também notificar, prevenir seqüelas e encaminhar as vítimas aos serviços de apoio mais adequados à situação de violência.

## Resumo

Este estudo de corte transversal teve como objetivo descrever o padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos menores entre mulheres de 15 a 49 anos, atendidas em um hospital de emergência de Salvador, Bahia, Brasil, e que sofreram diferentes tipos de violência. As mulheres foram identificadas a partir de entrevistas face a face, utilizando-se o Abuse Assessment Screen. Para avaliar o estado mental, utilizou-se uma versão do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Do total de 273 mulheres, 77,3% (IC95%: 78,2-82,2) apresentaram escore igual ou acima de sete no SRQ-20, sugerindo provável morbidade psiquiátrica. Mulheres que sofreram mais de um tipo de violência (RP = 1,31; IC95%: 1,11-1,56) e foram agredidas nos últimos 12 meses (RP= 1,30; IC95%: 1,08-1,58) apresentaram maior prevalência de distúrbios psíquicos menores. Os resultados sugerem uma associação positiva entre violência e doença mental, o que requer medidas mais eficazes de atenção às vítimas, como a criação de redes institucionais que garantam a integralidade da assistência às mulheres.

*Mulheres Maltratadas; Violência Contra a Mulher; Estresse Psicológico; Saúde Mental*

## Colaboradores

I. V. Silva foi responsável pela revisão de literatura, definição do desenho de estudo, elaboração do instrumento de coleta de dados, supervisão e participação na produção e sistematização dos dados, análise e interpretação de resultados e pela redação do artigo. E. M. Aquino participou da concepção do estudo, da análise e interpretação de resultados e da redação do artigo.

## Agradecimentos

Este estudo faz parte do projeto *Violência Contra a Mulher: Um Estudo de Morbidade em um Serviço de Urgência e Emergência de Salvador* aprovado pelo Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva e com apoio da Fundação Ford.

## Referências

1. Tjaden P, Thoennes N. Full report of the prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey. Washington DC: National Institute of Justice/Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2000.
2. Suarez M, Bandeira L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania In: Bruschini C, Unbehaum SG, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34; 2002. p. 295-320.
3. Ramirez-Rodriguez JC, Patiño-Guerra MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Cad Saúde Pública 1996; 12:405-9.
4. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública 2002; 36:470-7.
5. Azevedo MA. Mulheres espancadas/violência denunciada: repensando a problemática. Temas IMESC Soc Dir Saúde 1986; 3:129-49.
6. Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. Interface Comun Saúde Educ 1999; 5:11-26.
7. Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violence against women: the hidden health burden. Washington DC: World Bank; 1994. (Discussion Papers, 225).
8. Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1997.
9. Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. Med J Aust 1996; 164:14-7.
10. Cohen MM, Maclean H. Violence against Canadian women. BMC Womens Health 2004; 4 Suppl 1:S22.
11. Peres MFT. O perigo na vida cotidiana: um estudo da relação entre doença mental e comportamento violento em uma comunidade litorânea da Bahia [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2001.

12. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:108-13.
13. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 2:S263-72.
14. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999; 26:225-35.
15. Coutinho ESF, Almeida-Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999; 26:246-56.
16. Deslandes SE, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:129-37.
17. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994; 10 Suppl 1:S146-55.
18. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
19. Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RCR, Santos TCB, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:747-57.
20. Tavares DMC. Violência doméstica: uma questão de saúde pública [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
21. Miller MS. Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres. São Paulo: Summus Editorial; 1995.
22. Reichenheim ME, Moraes CL, Hasselmann MH. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:610-6.
23. Almeida OP. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência, atendidos em um serviço ambulatorial. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57:937-43.
24. Nixon RDV, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2004; 82:315-20.
25. Almeida-Filho N, Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Aquino E, James AS, et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. *Soc Sci Med* 2004; 59:1339-53.
26. d'Oliveira AFPL, Diniz SD, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359:1681-5.

---

Recebido em 10/Ago/2007

Versão final reapresentada em 04/Jan/2008

Aprovado em 15/Jan/2008