

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: SOFRIMENTO PSÍQUICO E ADOECIMENTO MENTAL*VIOLENCE AGAINST WOMAN: PSYCHIC AND MENTAL ILLNESS**VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SUFRIMIENTO PSIQUICO Y DOLENCIA MENTAL*ELIANY NAZARÉ OLIVEIRA ¹MARIA SALETE BESSA JORGE ²

A reflexão intenta explicitar as interfaces existentes entre violência e adoecimento mental, mais especificamente em mulheres que vivenciam no dia-a-dia maus tratos. A violência debilita a saúde mental da mulher. As conseqüências psicológicas do abuso são ainda mais graves do que seus efeitos físicos. Frequentemente, a experiência do abuso destrói a auto-estima da mulher e a expõe a um risco muito mais elevado de sofrer problemas mentais, incluindo-se depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de substâncias, como tranquilizantes e álcool. Nesse contexto, milhares de mulheres estão adoecendo silenciosamente, sem que haja identificação, abordagem e acolhimento de seus problemas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra a mulher; Estresse psicológico; Saúde mental.

The reflection tries to make explicit the existing interfaces between violence and mental illness, more specifically, in women experiencing daily mistreatment. Violence weakens women's mental health. Psychological consequences of abuse are even more serious than their physical effects. Abuse suffering often destroys woman's self esteem and exposes her to much higher risk of suffering mental disorders, including depression, post-traumatic stress, tendency towards suicide and consumption of drugs, such as tranquilizers and alcohol. Within this context, thousands of women are silently getting sick, without finding anyone to identify, approach and to be the refuge for their problems.

KEYWORDS: Violence against women; Stress psychological; Mental health.

La reflexión intenta explicar claramente las interfaces existentes entre violencia y dolencia mental, principalmente en mujeres que sufren la experiencia cotidiana de malos tratos. La violencia debilita la salud mental de la mujer. Las consecuencias psicológicas del abuso son aún más graves que sus efectos físicos. Frecuentemente, la experiencia del abuso destruye la autoestima de la mujer y la expone a un riesgo bastante elevado, el de sufrir problemas mentales que incluyen depresión, estrés postraumático, tendencia al suicidio y consumo de sustancias, como tranquilizantes y alcohol. En este contexto, miles de mujeres adolecen silenciosamente, sin que haya identificación, sondeo y amparo de sus problemas.

PALABRAS CLAVE: Violencia contra la mujer; Estrés psicológico; Salud mental.

¹ Enfermeira, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú/ UVA. Doutora em Enfermagem pela UFC. Endereço: Rua Sete n° 41, Condomínio Tordesilhas (Casa 29) Sobral /CE . CEP: 62 040 370 – Bairro Betania. E-mail: elianyy@hotmail.com

² Enfermeira, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará/UECE. Doutora em Enfermagem pela EERP/USP. E-mail: masabejo@hotmail.com). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem. Pesquisadora CNPq. Endereço: Rua Sete n° 41, Condomínio Tordesilhas (Casa 29) Sobral /CE . CEP: 62 040 370 – Bairro Betania.

VIOLÊNCIA, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO

Nossa experiência como enfermeira psiquiatra, ampliou a percepção sobre formas de enfrentamento da violência e adoecimento. O convívio com mulheres que usam e abusam de tranqüilizantes, foi estímulo para investigação do contexto e determinantes responsáveis pelo abuso da droga. As respostas foram contundentes, a maioria era vítima de violência doméstica, e os tranqüilizantes eram consumidos para aliviar o estresse/sofrimento.

No mesmo contexto, encontram-se algumas mulheres que abusam do álcool. Nossa prática assistencial como enfermeira em um Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas – CAPS Ad, autoriza a revelação de dados empíricos nesta situação. Uma parcela significativa das mulheres que são acompanhadas pelo serviço, que apresentam problemas com o álcool, é ou foram vítimas de violência.

Mulheres que sofrem violência física e sexual têm maior chance de utilizar mais frequentemente os serviços de saúde. Entretanto, os profissionais de saúde não identificam a maioria dos casos, ou pelo menos não registram a violência em prontuário como parte do atendimento. O problema é aprofundado porque os profissionais da saúde não identificam a violência doméstica e sexual contra as mulheres. Parecem ainda acreditar que esta situação não está relacionada com a saúde. Outra possibilidade a ser explorada é a falta de qualificação para identificar e abordar as vítimas. A situação exige estratégias voltadas para formação de todos os profissionais da saúde, não apenas a formação do enfermeiro merece intervenção, as ações devem ser estendidas para todos os profissionais que produzem saúde.

Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde. Em geral, apresentam “queixas vagas” e, muitas vezes, os exames não apontam resultados alterados. Por isso, é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional deve estar preparado para ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária. Junto a este atendimento, é preciso que se desenvolva a articulação dos serviços de saúde com outros, tais como casas-abrigo, delegacias da mulher e escolas, cabendo ao profissional de saúde diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em si-

tuação de violência. Devemos ter claro o fato de que a viabilização dessas ações dependerá da preparação e habilidade dos profissionais de saúde, e estas nem sempre são as ideais.

A violência constitui hoje uma grande preocupação para a saúde da população brasileira e para o setor saúde. Segunda causa de mortalidade no obituário geral, primeira causa nas faixas dos 5 aos 39 anos, ela provoca lesões e traumas físicos e emocionais, deixando um lastro de problemas, alguns diagnosticáveis, outros difusos, todos de elevada magnitude, afetando indivíduos, famílias, grupos e a sociedade como um todo. Este fenômeno faz parte da chamada questão social, sendo uma de suas expressões mais fortes, revelando a exacerbação das relações e dos problemas que podem ser considerados fatores desencadeantes de conflitos, distúrbios, formas de dominação e opressão¹.

O artigo tem o objetivo de refletir sobre a relação existente entre violência contra a mulher, surgimento do estresse, sofrimento psíquico e adoecimento mental. Algumas pesquisas apresentam dados que possibilitam a interface desses acontecimentos.

A violência e as pesquisas

A violência física contra as mulheres revela-se expressiva, como mostram dados mundiais que nos permitem visualizar a gravidade da situação. As informações são contundentes e ajudam a confirmar uma problemática restrita não apenas a poucos países ou a determinadas regiões, porquanto representa um problema mundial.

Neste contexto, a violência contra as mulheres adultas e jovens inclui a agressão física, sexual, psicológica e econômica. É conhecida como violência de gênero porque resulta, em parte, da condição subordinada ainda vivida pela mulher na sociedade. Muitas culturas mantêm crenças, normas e instituições sociais que legitimam e, portanto, perpetuam a violência contra a mulher. Em cerca de cinquenta pesquisas populacionais do mundo inteiro, de 10% a 50% das mulheres relatam terem sido espancadas ou maltratadas fisicamente, de alguma forma, por seus parceiros íntimos, em algum momento de suas vidas. Geralmente, as pesquisas definem como violência grave os atos físicos mais fortes do que tapas, empurrões ou lançamento de objetos contra a

pessoa. Mas, a mensuração dos “atos” de violência não descreve inteiramente a freqüente atmosfera de terror que permeia os relacionamentos abusivos².

Pesquisa coordenada por feministas em 22 países mostra a prevalência e disseminação da violência física contra as mulheres em alguns países. Em Santiago, no Chile, em uma amostra de 2000 mulheres entre 22 e 55 anos, envolvidas em uma relação conjugal por mais de dois anos, 60% foram abusadas por seu companheiro e 26,2% foram fisicamente agredidas. Já na Colômbia, uma amostra nacional de 3.272 mulheres urbanas e 2.118 mulheres rurais indica que 20% destas sofreram abuso físico, 33% abuso psicológico e 10% foram estupradas pelo marido. Na Nicarágua, a pesquisa contou com uma amostra de 488 mulheres de 15 a 49 anos, e, destas, 52% já haviam sofrido violência física. A situação no México não foi muito diferente. De 1.163 mulheres rurais e 1.427 mulheres urbanas, 57% das urbanas e 44% das mulheres rurais tinham experimentado violência interpessoal. O marido foi o agressor em mais de 60% dos casos. Na Nova Zelândia, em Otago, com base em uma amostra de 3.000 mulheres, 22% tinham sofrido abuso físico. Em 76% dos casos o agressor foi o parceiro. Referida pesquisa foi capaz de revelar estar a violência contra as mulheres presente em praticamente todo o mundo. A história da humanidade carrega episódios de violência na sua organização, entretanto as relações violentas no âmbito conjugal têm favorecido os homens, principalmente pela força física³.

Os resultados desses estudos confirmam a banalização da violência contra a mulher, demonstram que a violência de gênero não se restringe a determinado país ou continente. Podemos pensar na existência generalizada do fenômeno, a diferença pode ser considerada na forma e dimensão em cada local.

Nesse sentido, as relações de poder entre homens e mulheres resultaram em diferenças significativas para ambos, mas homens sempre lideraram e dominaram; as mulheres sempre na defensiva foram oprimidas pela legitimação do papel do homem como líder e dominador, papel este historicamente formado e perpetuado por meio da cultura. Portanto, a violação dos direitos das mulheres, neste caso pela banalização da violência física, pode e deve ser reconhecida e considerada como consequência

da impregnação de uma sociedade machista que não honra a igualdade de direitos. Como seres humanos, mulheres e homens merecem respeito, justiça e direito a uma vida sem violência³.

Bourdieu ao abordar a violência contra a mulher, destaca a dominação masculina como uma submissão paradoxal a resultar na violência simbólica, violência suave, insensível e invisível às suas próprias vítimas. A dominação masculina encontra, assim, reunidas todas as condições de seu pleno exercício. A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social que confere aos homens a melhor parte, bem como nos esquemas imanentes a todos os hábitos: moldados por tais condições, portanto, objetivamente concordes, eles funcionam como matrizes de percepções, dos pensamentos e das ações de todos os membros da sociedade, como transcendentais históricos que, sendo universalmente partilhados, impõem-se a cada agente como transcendentais⁴.

Parece haver um acirramento da violência de gênero em países como o Brasil, onde historicamente o patriarcado vem dominando e implantando uma cultura na qual o homem é o centro das coisas e as mulheres, quase sempre, se situam em segundo plano, em um total desrespeito a seus direitos, quer seja na esfera privada, quer seja na esfera pública. Neste contexto, não podemos esquecer os determinantes históricos que se consolidam por meio das normas, valores e atitudes de cada sociedade.

Segundo a história tem mostrado, a violência contra as mulheres não é algo novo, porquanto, desde a Idade Média, os maus-tratos infligidos às mulheres eram tolerados e até enaltecidos como práticas cujos propósitos eram corrigi-las de suas manchas e erros. Porém, já no século XV, começam a ser registrados protestos e mudanças no comportamento jurídico no intuito de punir e condenar os maridos que agissem com extrema brutalidade e violência grave contra suas esposas. No final do século XVIII e meados do século XIX, é visível um retrocesso nestas práticas, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos. Dados históricos sobre o Brasil, na época colonial, revelam que já na Ordenação do Reino era permitido aos maridos “emendarem” suas companheiras pelo uso da chibata. Portanto, as

agressões físicas e psicológicas contra as mulheres fazem parte de nossas raízes culturais, trazidas pelos colonizadores europeus e reforçadas no século XIX pelas idéias do positivismo de August Comte, para quem a mulher deveria ser submissa, altruísta, desprovida de desejo sexual. Suas funções seriam servir aos seus maridos e filhos, dedicando-se exclusivamente às tarefas domésticas nas quais pudessem manifestar seus dons maternos⁵.

Neste cenário, os números, índices e prevalência realmente são assustadores, mas, se olharmos de outro ângulo e nos perguntarmos em que medida esses episódios de violência contra as mulheres estão afetando sua vida, que conseqüências trarão para sua saúde física e mental, os números, as cifras, os índices e prevalência perdem o sentido frio e exato. A violência ora discutida se transforma em uma das principais causas de sofrimento psíquico, de adoecimento físico e mental, que, de modo geral, acontece lentamente, em espaços privados, protegidos, chamados de “lares”.

Nessa ótica, a violência pode ser considerada como um fator de risco de doenças, porque o estado de vítima é um fator de risco de ocorrências de eventos prejudiciais à saúde. Além de provocar lesões físicas imediatas e sofrimento psicológico, a violência aumenta o risco de prejuízos futuros à saúde da mulher. Conforme vários estudos já demonstraram, as mulheres que sofrem abuso físico ou sexual, seja na infância ou na idade adulta, correm riscos mais elevados de ter problemas subseqüentes de saúde. A violência parece estar associada a muitos problemas graves de saúde, tanto imediatos como de longo prazo. Estes incluem problemas físicos, tais como lesões, síndromes de dores crônicas e distúrbios gastrointestinais, além de grande variedade de problemas mentais, incluindo-se ansiedade e depressão. A violência é também prejudicial à saúde por aumentar a incidência de uma variedade de comportamentos negativos, entre eles o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas e drogas⁶.

Ao interpretarmos as conseqüências da violência, percebemos claramente serem diversos os efeitos nocivos para a saúde das mulheres que vivenciam a violência ao longo de suas vidas. Também fica evidente a incoerência das políticas públicas voltadas para essas vítimas, diante do contexto atual. São escassas as iniciativas de acolhimento e atenção a esse grupo de mulheres que sofrem algum tipo

de violência. Ressaltamos, no entanto, as conseqüências para a saúde mental, as quais parecem ter dimensões maiores na vida dessas mulheres.

Ainda neste contexto, observamos que mulheres estão buscando mais freqüentemente os serviços de saúde, embora nem sempre sejam atendidas em suas necessidades reais. Em geral, são mulheres poliqueixosas que vão aos serviços de saúde e não conseguem demonstrar os problemas que são determinantes de sinais e sintomas⁶.

Ao analisar este contexto situacional a Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde declaram que a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social⁷.

Nessa perspectiva, a interface da violência com a saúde é um desafio a ser enfrentado. No entanto, o sofrimento da mulher em situação de violência ainda não é percebido como elemento que mereça intervenção dos profissionais da área da saúde, a não ser que haja alguma base anatomopatológica objetiva para justificá-lo. Neste último caso, a interpretação de doença pode ser acolhida, e a violência perde sentido e importância, tendendo a ser desconsiderada. Neste caso, esta queixa é desqualificada como social, ou psicológica, e não é acolhida pelo serviço de saúde que opera sob a racionalidade biomédica de intervenção, isto é, a doença como alteração anatomopatológica como o alvo da atuação profissional⁷.

O contexto evidencia que a violência doméstica contra as mulheres possui aspectos político, cultural, policial, jurídico e também é um caso de saúde pública. Estudos realizados no Brasil e em outros países concluíram que mulheres que estão em situação de violência e, que freqüentam serviços de saúde são conhecidas como poliqueixosas, por sentirem vários sintomas e não conseguirem explicar seus sentimentos. Apesar disso, poucas não sabem que têm direito a atendimento na rede pública de saúde. Muitas dessas mulheres adoecem a partir dessas situações de violência em casa. Existem muitas im-

plicações dessa violência de gênero sobre a saúde feminina. Uma delas, é que ela pode se tornar rotineira e crônica, obedecendo a uma seqüência de “pequenos assassinatos” diários da mulher⁸.

O impacto da violência como causadora de doença para as mulheres pode ser medido pelo número de anos de vida saudável perdidos, pois um ano de vida saudável é perdido a cada cinco anos de violência, para mulheres entre 15 e 44 anos, segundo dados do Banco Mundial. A violência significa uma carga negativa para a saúde feminina que equivale ao peso representado pelo vírus da imunodeficiência adquirida – HIV, pelas doenças cardiovasculares, pelos cânceres e pela tuberculose. Essas mulheres apresentam, em razão da violência, traumatismo ósseo e musculares, especialmente neurológicos, causados por pancadas na cabeça, quedas e empurrões; hematomas; ferimentos; cicatrizes por queimaduras, mordidas; dores de cabeça crônicas, aumento de risco para doenças crônicas; asma; gravidez indesejada; doenças sexualmente transmissíveis; hemorragias, lesões e infecções ginecológicas e urinárias; abortos espontâneos, partos prematuros; dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica; alterações menstruais; distúrbios gastrointestinais e danos psicológicos. Além disso, perdas potenciais e implicações na qualidade de vida que repercutem no desenvolvimento pessoal, social e econômico. É importante que o profissional da saúde esteja atento a esses sintomas que estão associados à violência contínua ou mesmo a agressões esporádicas⁹.

Os autores identificam em suas pesquisas efeitos que a violência pode causar especificamente na mulher. Saúde física, saúde reprodutiva e sexual e saúde mental são as mais atingidas.

Neste cenário, a interface da violência, estresse, sofrimento psíquico e adoecimento são objeto de nossa reflexão. Nos parágrafos seguintes, poderemos constatar a pertinência da relação entre estes acontecimentos, balizados pelo processo saúde-doença mental.

O estresse, a ansiedade e as fobias se destacam no favorecimento das conseqüências físicas e mentais na saúde, portanto, é pertinente um aprofundamento da relação causa – efeito deles no organismo. O estresse provoca efeitos psicofisiológicos diretos sobre a saúde, como por exem-

plo, doenças imunológicas, alergias, mudanças no funcionamento hormonal. Pode levar ao enfraquecimento das condições pessoais e a um comportamento doentio (enfraquecimento dos hábitos para a saúde), ou influenciar o curso de uma doença preexistente, pela superposição de outros sintomas (distúrbio do sono, anorexia), retroalimentando-a e provocando seu agravamento ou surgimento de novas patologias ou de comportamentos inadequados¹⁰.

Diante de situações estressantes, manifesta-se elevada carga de hormônios no sangue e isso altera o funcionamento dos órgãos. Cada vez mais a ciência prova o quanto é prejudicial viver sob tensão. Uma pesquisa da Universidade Yale, nos Estados Unidos, mostrou que dois dos hormônios ligados ao estresse, o cortisol e a adrenalina, provocam o acúmulo de gordura. Ou seja, além de ficar mais frágil, a pessoa ganha peso involuntariamente¹⁰.

Mas, o que é o estresse? É a repetição constante de situações de tensão. Para se defender, o corpo humano lança uma série de hormônios no sangue, como a adrenalina e o cortisol, que provocam o aumento dos batimentos cardíacos, da pressão sanguínea, da respiração, além de mobilizar açúcar e gorduras para fornecer energia para os músculos, os quais, para se defender, ficam tensos. Uma pessoa em constante tensão pode apresentar distúrbios intestinais, acne e dores de estômago, de cabeça (incluída a enxaqueca) e musculares. A tensão acaba gerando exaustão e ansiedade, que podem interferir na memorização e na concentração¹⁰.

Dados apresentados por Graeff¹⁰ comprovam cientificamente a influência da tensão/ estresse no estado de saúde, que respondem e confirmam nosso principal questionamento: em que medida a violência física está causando danos à saúde das vítimas? De acordo com o autor, as conseqüências da tensão/estresse sobre a saúde são incalculáveis. Entre estas, sobressaem: a liberação de adrenalina e noradrenalina das supra-renais na corrente sanguínea, causando distúrbios cardiovasculares, como moléstias do coração e derrames; problemas renais decorrentes da hipertensão arterial; oscilações nos níveis de açúcar no sangue, agravando o diabetes e a hipoglicemia. Pode haver também a liberação de hormônios tireoidianos na corrente sanguínea, provocando a exaustão, a perda de peso e o esgotamento físico. Quando existe um estado freqüente de reações defensivas, os vasos sanguíneos con-

traem-se e o sangue fica mais espesso, determinando a formação de coágulos, elevando assim o risco de moléstias cardíacas e derrames¹⁰.

Tais conseqüências se estendem e provocam efeitos cognitivos, emocionais e comportamentais. Entre os cognitivos constam: a mente encontra dificuldades para se manter concentrada, diminuem os poderes de observação. Reduz-se a amplitude da memória. A lembrança e o reconhecimento diminuem, mesmo a respeito de assuntos familiares. A velocidade real de resposta reduz-se; as tentativas de compensação podem levar a decisões apressadas. Conseqüentemente aumentam os erros em tarefas manipulativas e cognitivas. As decisões tornam-se suspeitas. A mente não pode avaliar com exatidão as condições existentes nem prever as prováveis conseqüências. O teste da realidade torna-se menos eficiente, a objetividade e os poderes de crítica são reduzidos, os padrões de pensamento tornam-se confusos e irracionais¹⁰.

Os efeitos emocionais são os seguintes: reduz-se a capacidade de relaxamento do tônus muscular, de se sentir bem, de se desligar das preocupações e ansiedades. Queixas imaginárias acrescentam-se aos males reais do estresse. Desaparecem as sensações de saúde e de bem-estar. Pessoas asseadas e cuidadosas podem se tornar desleixadas e relaxadas; pessoas carinhosas podem ficar indiferentes; as democráticas, autoritárias. Pioram a ansiedade, a super sensibilidade, a atitude defensiva e a hospitalidade já existentes. Os códigos de comportamento e de impulso sexual enfraquecem-se (ou se tornam irrealisticamente rígidos). Aumentam as explosões emocionais. O entusiasmo cai ainda mais, surge um sentimento de impotência para influenciar os fatos ou os próprios sentimentos a respeito deles. Desenvolvem-se sentimentos de incompetência e de inutilidade¹⁰.

Quanto aos efeitos comportamentais determinados pela tensão/estresse na vida dos afetados, aumentam os problemas já existentes de gagueira e hesitação, podendo surgir em pessoas até então não afetadas. Os objetivos de vida podem ser abandonados. Passatempos parecem ser esquecidos. Objetos de estimação, vendidos. Atrasos ou falta no trabalho por doenças reais ou imaginárias ou por desculpas inventadas são freqüentes. Torna-se mais evidente o abuso de álcool, cafeína, nicotina e medicamen-

tos ou drogas. Os níveis de energia caem ou podem variar de forma marcante de um dia para outro, sem razão aparente. Ocorre dificuldade para dormir ou para permanecer adormecido por mais de quatro horas. Desenvolve-se a tendência de jogar a culpa sobre os outros. São rejeitadas até mesmo novas regulamentações ou novos acontecimentos potencialmente úteis. “Estou ocupado demais para me importar com coisas como essas.” Aumenta a tendência a redefinir limites e excluir tarefas desagradáveis de seu campo. São adotadas soluções paliativas e de curto prazo, e abandonadas as tentativas de aprofundamento e de acompanhamento. Em algumas áreas, ocorrem “desistências”. Surgem maneirismos estranhos, imprevisibilidade e comportamentos não característicos. Surgem frases como “acabar com tudo” e “é inútil continuar”¹⁰.

A situação indica que o fato da mulher não conseguir exprimir sua cólera diante da situação de violência a que é exposta, pode provocar o aparecimento ou o aumento de depressão e ansiedade e também a potencialização de manifestações de mal-estar físico. Pesquisas revelam que mulheres expostas à violência doméstica apresentam um nível elevado de depressão; são três vezes mais acometidas por idéias de suicídio; as sobreviventes deste tipo de violência possuem mais períodos de nervosismo e irritabilidade; há uma taxa elevada de confusão e perda de memória, e mulheres que sofrem essa violência de forma rotineira tendem ao isolamento¹¹.

A área da saúde, assim como a polícia, tem dificuldade em trabalhar questões percebidas como culturais, ou sociais e até psicológicas. Sem lugar definido ou reconhecido no âmbito das práticas que poderiam acolher demandas e necessidades relacionadas à violência de gênero, a violência experimentada pelas mulheres e seus efeitos na vida e na saúde não encontram canais de expressão ou comunicação, já que não possuem códigos, nomeações ou linguagem que lhes seriam próprias. Esse vivido não é reconhecido pelos profissionais, da mesma forma que não constitui demanda a ser acolhida pelos dois discursos competentes aqui tratados: o da lei e o da saúde¹².

A resolução do problema da violência doméstica e sexual, quando possível, não se dará no âmbito específico da saúde. Por isto é necessário que os serviços de saúde, ao abordarem o problema, estabeleçam com cada mulher uma escuta responsável, exponham a ela as opções disponíveis

em termos de acolhimento e intervenção (Delegacia de Defesa da Mulher, apoio jurídico, suporte psicológico, casa abrigo, Organizações Não Governamentais etc...) e decidam, juntamente com ela, quais seriam as melhores estratégias para o seu caso, incluindo ativamente a mulher na responsabilidade pelo destino de sua vida¹².

Muitas vezes os profissionais de saúde supõem poder fazer muito pouco quando uma mulher revela ser vítima do abuso doméstico. No entanto, as palavras e as ações desses profissionais podem influenciar decisivamente na escolha do caminho que a mulher decide seguir. O ato de perguntar sobre a violência demonstra às mulheres que os profissionais de saúde a consideram um problema médico de grande importância e não culpam a paciente por tal violência. Como disse uma mulher latino-americana: “Senti alívio quando o médico disse que eu não merecia este tipo de tratamento. Depois, ele me ajudou a pensar num plano para sair de casa da próxima vez que meu marido voltasse bêbado”^{6:10}.

Mesmo se a mulher não revelar em sua primeira visita que sofre com a violência doméstica, só o fato de o profissional da saúde perguntar já mostra interesse pelo bem-estar da cliente e isto poderá estimulá-la a discutir o assunto posteriormente. Realmente, o ideal seria os profissionais de saúde coordenarem suas ações com serviços comunitários, entre eles, os grupos locais de mulheres, mas, há muitas ações a serem executadas por eles ao prestar atendimento, tais como: avaliar o perigo imediato; oferecer atendimento adequado; documentar a situação da mulher; preparar um plano de proteção; informar às mulheres os seus direitos e encaminhar as mulheres às instalações e serviços comunitários⁶.

A invisibilidade do problema pelos profissionais da saúde é um fato, talvez determinado pela forte concepção limitada de saúde, onde o profissional valoriza apenas os sinais e sintomas evidentes. Nesta ótica, podemos sugerir ainda, que muitos não estão preparados e sensibilizados para identificar e abordar a complexidade que circunda as situações de violência.

Enfatizando a assistência inadequada oferecida pelos profissionais de saúde às pessoas vitimadas pela violência, uma pesquisa foi desenvolvida com alunos de enfermagem de cinco universidades cearenses, com o objetivo de analisar a inserção da temática violência nos projetos político-pedagógicos dos Cursos de Enfermagem das cinco

universidades públicas do Estado do Ceará (UVA, URCA, UNIFOR, UECE e UFC), bem como a percepção do aluno sobre a temática violência na perspectiva dos estudantes dos dois últimos semestres. Os resultados confirmaram nossa hipótese, 74% dos estudantes afirmaram que o tema violência não foi desenvolvido com profundidade, 86% estavam pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o desenvolvimento da temática violência durante a graduação¹³.

Esta reflexão inicial evidencia a complexidade do problema, que exige ações intersetoriais urgentes. O caminho ideal seria uma integração entre as várias instâncias e áreas de poder com atuação conjunta de município, estado e união, poderes executivo, legislativo e judiciário e áreas de saúde, educação, justiça, segurança, trabalho e promoção social para que haja uma política adequada ao tratamento, prevenção e até eliminação da violência contra a mulher nas suas mais variadas dimensões. No entanto, o processo educacional possibilita intervir na construção e no desenvolvimento de papéis sociais nos quais a dignidade e o respeito são diretrizes para mudança. Nesse sentido, o problema é complexo e envolve múltiplas medidas judiciais, administrativas, legislativas, econômicas, sociais e culturais¹⁴.

Hoje estão em curso muitas ações de nível nacional, estadual e municipal de prevenção da violência, mas infelizmente, tudo tem sido muito lento e há vários motivos para isso, o principal é que, em uma área dominada pela mentalidade biomédica, “as violências” costumam ser vistas como um objeto estranho a seu universo conceitual, porém, é preciso que todos saibam que o perfil de mortalidade e da morbidade da população brasileira hoje é marcado mais pelas condições, situações e estilos de vida do que pelas enfermidades tradicionais. Violências fazem parte desses problemas que devem merecer tanta atenção como a aids, o câncer e as enfermidades cardiovasculares¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relação entre o estresse, sofrimento psíquico e adoecimento mental foi evidenciada ao colocarmos em pauta a influência significativa de seus efeitos no organismo, no comportamento e na vida de mulheres que experimentam sistematicamente situações permeadas por

violências. Neste sentido, os autores são enfáticos quando demonstram os danos na saúde e na vida das vítimas, nem sempre contempladas com acolhimento, dignidade, cidadã, humano nas diversas instâncias dos serviços de saúde.

Partindo dessa assertiva, podemos sugerir que há um desencadeamento de acontecimentos, que são determinantes para o desequilíbrio da saúde. Vítimas de violência convivem com elevada carga de estresse, esta por sua vez gera sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, nos níveis individual e coletivo.

Nesta perspectiva, vale a pena ressaltar que a tríade de acontecimentos em discussão, está incluída no processo saúde – doença mental, que é dinâmico, particular, de expressão das condições de vida dos indivíduos e das coletividades humanas, representando as diferentes qualidades do processo vital e as diferentes competências para enfrentar desafios, agressões, conflitos, mudanças.

Assim, dependendo dos elementos que cada um possui, as respostas e estratégias de enfrentamento do problema são singulares, o transcurso no processo é vivenciado de forma diferenciada, resultando em estados distintos de saúde.

A convivência e banalização da violência, favorecem a imersão em formas perigosas de sobrevivência. Vítimas estão buscando nos tranqüilizantes e álcool um alívio para tensões/estresse. O consumo inicial é quase imperceptível, com o passar do tempo esses comportamentos tomam dimensões maiores, propiciando o abuso e conseqüente dependência química.

Deveria ocorrer a interface da violência com a saúde, e, neste caso, o reconhecimento e acolhimento de situações de violência nos serviços de atenção básica de saúde e serviços de emergência, onde o seguimento se daria mediante intervenção possível no próprio local da detecção, com encaminhamento dos casos para serviços especificamente qualificados para isto. Profissionais sensibilizados e qualificados para intervir na violência, serão capazes de realizar a tão sonhada interface, violência/saúde. Com tais habilidades, poderão de fato prestar cuidados no dinâmico processo saúde – doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. É possível prevenir a violência? *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1):34-9.

2. Pérez MEC. Género, salud mental y violencia. *Cuad Mujer Salud* 2001; 6:99-104.

3. Heise L, Pitanguy J, Germain. A. *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. 103 p. (OPS/PWD/94.006).

4. Bourdieu PA. *Dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.

5. Beissman DM. *Estudo psicossocial de homens agressores de mulheres notificados na Delegacia da Mulher de Campinas, SP*. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1994.

6. *Population Reports*. Population Information Program. *Como acabar com a violência contra as mulheres*. Maryland: Johns Hopkins University; 1999.

7. Organização Mundial da Saúde. *Violencia contra la mujer: violación y agresión sexual*. Genebra; 1998.

8. Teles MAA, Melo M. *O que é violência contra a mulher*. São Paulo: Brasiliense; 2002. (Coleção Primeiros Passos).

9. Cruz VC. *Violencia, subordinación y salud mental de las mujeres*. *Cuad Mujer Salud* 2001; 6:140-2.

10. Graeff FG. Bases biológicas do transtorno de estresses pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 21(4):23-30.

11. Almeida SS. Efeitos devastadores. *Rev. UNIFEM* 1999; 1(1):12-3.

12. Schraiber LB, D'oliveira AFP. *Violência contra as mulheres*. *Interfaces – Comunicação, Saúde, Educação* 2001; 3: 11-28.

13. Oliveira EN, Silva LMS, Pordeus AMJ, Ataíde MBC, Alves MAE, Silva CP. *Cursos de graduação em enfermagem do Estado do Ceará: analisando a abordagem da violência e suas implicações para saúde pública*. Relatório final de pesquisa. Fortaleza, 2005.

14. Oliveira EM, Freire MA, Jorge, MSB, Barros, HM. *Perfil e sofrimento em mulheres vítimas de violência atendidas em delegacia especializada*. *Rev RENE* 2003; 4(2):30-7.

15. Minayo MCS, *A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde*. *Cad Saúde Pública* 2004 maio/jun; 20(3):646-7.

RECEBIDO: 16/01/06

ACEITO: 04/10/06