



ciência plural

A FACE VITIMADA: MORBIDADE ENTRE MULHERES ATENDIDAS EM SERVIÇOS SENTINELAS NO BRASIL

The face victimized: morbidity between women incoming in sentinel service in Brazil

El rostro victimizado: morbilidad entre mujeres atendidas en servicios de centinela en Brasil

Flávia Christiane de Azevedo Machado • Universidade Federal do Rio Grande do Norte • E-mail: flavitamachado@yahoo.com.br

Anna Paula Serejo da Costa • Secretaria Municipal de Saúde de Natal • E-mail: ninha_serejo@hotmail.com

Maria Ângela Fernandes Ferreira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte • E-mail: mangelaf50@gmail.com

Autora correspondente:

Flávia Christiane de Azevedo Machado • E-mail: flavitamachado@yahoo.com.br

Submetido: 29/09/2022

Aprovado: 13/01/2023

RESUMO

Introdução: Mulheres têm sido subjugadas pela violência em prol da identidade machista e domínio viril do homem. **Objetivo:** analisar os atendimentos de emergência em mulheres vítimas de violência na região de cabeça e pescoço. **Metodologia:** Análise de dados do inquérito de Vigilância e Acidentes em 25 capitais e no Distrito Federal no ano de 2011 por meio de amostra de 351 atendimentos de mulheres entre 15 e 49 anos em relação à ocorrência de violência na região de cabeça e pescoço. **Resultados:** A ocorrência da violência foi predominante em mulheres pretas (70,8%), jovens (68,3% 20-29 anos) e com pouca escolaridade (< 8 anos de estudo), sendo mais frequentes no domicílio (45,5%), cometida de forma intencional (86,9%) por um agressor do sexo masculino (77,4%), identificado como parceiro ou ex-parceiro íntimo (44,5%), sendo a face (87,0%) a região de cabeça/pescoço mais atingida. **Conclusões:** A violência contra a mulher perpassa a discussão das desigualdades de gênero, interseccionalidade e capital social. O importante não é o gênero em si, mas a junção do gênero, raça e classe socioeconômica. Isto requer políticas públicas intersetoriais e mobilização social em prol do capital social. Para tanto, o modelo de Redes de Atenção, com a consequente multiprofissionalidade, intersetorialidade e transdisciplinaridade é fundamental. Isto pressupõe, inclusive, a maior inserção do cirurgião-dentista na identificação e acolhimento das vítimas para posteriores encaminhamentos.

Palavras-Chave: Violência doméstica, face, morbidade, feminino.

ABSTRACT

Introduction: Women have been subjugated by violence in favor of the male identity and virile dominance of men. **Objective:** to analyze emergency care for women victims of violence in the head and neck region. **Methodology:** Analysis of data from the Surveillance and Accident Survey in 25 state capitals and the Federal District in 2011 through a sample of 351 visits to women between 15 and 49 years old regarding the occurrence of violence in the head and neck region. **Results:** The occurrence of violence was predominant in black women (70.8%), young (68.3% 20-29 years) and with little schooling (< 8 years of study), being more frequent at home (45.5 %), committed intentionally (86.9%) by a male aggressor (77.4%), identified as a partner or former intimate partner (44.5%), with the face (87.0%) the most affected head/neck region. **Conclusions:** Violence against women permeates the discussion of gender inequalities, intersectionality and social capital. What is important is not gender per se, but the combination of gender, race and socioeconomic class. This requires intersectoral public policies and social mobilization in favor of social capital. Therefore, the model of Care Networks, with the consequent multiprofessionality, intersectorality and transdisciplinarity is fundamental. This presupposes, including, greater involvement of the dental surgeon in the identification and reception of victims for subsequent referrals.

Keywords: Domestic violence, face, morbidity, female.

RESUMEN

Introducción: Las mujeres han sido subyugadas por la violencia a favor de la identidad masculina y el dominio viril de los hombres. **Objetivo:** analizar la atención de emergencia a mujeres víctimas de violencia en la región de cabeza y cuello. **Metodología:** Análisis de datos de la Encuesta de Vigilancia y Accidentalidad en 25 capitales de estado y Distrito Federal en 2011 a través de una muestra de 351 visitas a mujeres entre 15 y 49 años sobre la ocurrencia de violencia en la región de cabeza y cuello. **Resultados:** Predominó la ocurrencia de violencia en mujeres negras (70,8 %), jóvenes (68,3 % 20-29 años) y con poca educación (< 8 años de estudio), siendo más frecuente en el hogar (45,5 %), cometida intencionalmente (86,9%) por un agresor masculino (77,4%), identificado como pareja o ex pareja íntima (44,5%), siendo el rostro (87,0%) la región de cabeza/cuello más afectada. **Conclusiones:** La violencia contra las mujeres permea la discusión sobre las desigualdades de género, la interseccionalidad y el capital social. Lo importante no es el género per se, sino la combinación de género, raza y clase socioeconómica. Esto requiere políticas públicas intersectoriales y movilización social a favor del capital social. Por ello, es fundamental el modelo de Redes de Atención, con la consiguiente multiprofesionalidad, intersectorialidad y transdisciplinariedad. Esto presupone incluso una mayor inserción del cirujano dentista en la identificación y recepción de las víctimas para su posterior derivación.

Palabras clave: Violencia Doméstica, cara, femenino.

Introdução

A violência não faz parte da natureza humana, assim, para entendê-la é necessário estudar a sua especificidade histórica, onde problemas políticos, econômicos, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais se inter-relacionam com o plano individual¹.

Dentro desse panorama, a violência de gênero encontra grande seara no paradigma da construção da nossa identidade. O que existe, no caso das relações entre os gêneros nas sociedades contemporâneas, é uma correlação de forças, desequilibrada na sua distribuição, fruto do enraizamento do patriarcalismo¹.

Pode-se verificar que, ao longo da história, muitos homens utilizam-se da violência contra suas parceiras como forma de afirmação da sua identidade e domínio viril¹. Em muitas situações, as agressões são direcionadas à face que representa o centro da atenção do ser humano².

A face apresenta alto valor simbólico para a identidade pessoal e para a autoestima, sobretudo nas sociedades modernas que têm na aparência física e na estética corporal alguns dos seus mais cultivados valores². O rosto traz sinais do grupo social de pertencimento do sujeito e as características pessoais são marcadamente indicativas da singularidade individual².

Assim, a deformação da face tende a ser muito pesarosa. Mesmo com a atual tecnologia, é possível encontrar cicatrizes, perdas dentárias, disfunções mastigatórias e perda de função que persistem como marcas ou lembretes dolorosos do abuso e transformam as pessoas em seres segregados, à parte do convívio social e do trabalho².

Na prática odontológica a violência física, de um modo geral, é o tipo que pode ser mais frequentemente diagnosticado, e muitas dessas agressões podem ser observadas na região de cabeça e pescoço. Estudos nacionais e internacionais mostram que a prevalência de lesões na região de cabeça e pescoço pode variar entre 37,5%³ e 81%⁴. Todavia, são poucos os estudos nacionais e internacionais que discutem sobre os significados e os desdobramentos à vida das mulheres que tiveram a face agredida.

Desta forma, o presente estudo tem por objetivo analisar os dados referentes ao Inquérito VIVA 2011⁵ no que se refere às mulheres entre 15 e 49 anos em situação de violência com traumas faciais, buscando descrever características demográficas, da ocorrência, do atendimento e agregar questões relevantes à discussão de gênero e à importância das Redes de Atenção à Saúde, bem como a efetivação da intersetorialidade para identificação, acolhimento e acompanhamento dessas mulheres.

Metodologia

O inquérito VIVA de onde os dados deste estudo foram extraídos consistiu em um estudo transversal, com dados coletados entre setembro e outubro de 2011, em serviços de urgência e emergência localizados em 25 capitais brasileiras e Distrito Federal, participantes do Inquérito VIVA 2011. Apenas Manaus não conseguiu executar o inquérito devido a razões técnico-operacionais⁵.

A população de estudo foi composta pelas vítimas de violências e acidentes (causas externas) que procuraram atendimento nos serviços de urgência e emergência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nas capitais e Distrito Federal⁵.

Os serviços foram selecionados segundo critérios de referência para atendimento às causas externas e importância local na área de urgência e emergência, número de atendimentos realizados, complexidade e resolutividade do serviço, além de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para identificar os estabelecimentos habilitados para atendimentos de urgência e emergência e os registros de internação no SIH/SUS⁵.

Para a definição do tamanho da amostra em cada município, considerou-se o critério de precisão para as estimativas de prevalências fixadas para o estudo. Assim, atendendo a esse critério (coeficiente de variação inferior a 30% e o erro padrão menor que 3), o tamanho da amostra foi de, no mínimo, 2.000 atendimentos por causas externas nas capitais brasileiras e Distrito Federal⁵.

A pesquisa contou com uma amostra probabilística de turnos de 12 horas em estabelecimentos previamente selecionados em cada município. Para a seleção dos estabelecimentos que comporiam a amostra, utilizou-se o (CNES) como critério para inclusão do serviço no estudo. Os estabelecimentos que possuíam CNES foram posteriormente classificados quanto à demanda segundo o SIH/SUS e o VIVA (para aqueles serviços participantes da pesquisa nos anos de 2006, 2007 e 2009); após a seleção obedecendo a esses critérios procedeu-se a validação dos serviços junto aos gestores de cada município e estado. Para efeito de sorteio de turnos considerou-se o período de coleta de 30 dias dividido em dois turnos, totalizando 60 turnos, sendo 30 diurnos (7h00min às 18h59min) e 30 noturnos (19h00min às 6h59min)⁵.

O procedimento de sorteio utilizado foi a amostragem por conglomerado em único estágio, sendo o turno a unidade primária de amostragem (UPA). Todos os atendimentos por causas externas (violências e acidentes) do turno sorteado foram incluídos na amostra. Uma vez identificado o número de turnos a serem sorteados em cada município, obteve-se a amostra de turnos por meio de sorteio sistemático

ordenado por turnos, os quais foram enumerados de 1 a 60, onde os turnos ímpares indicavam coletas diurnas e os pares, coletas noturnas. Calculou-se o intervalo de sorteio, resultado da divisão entre o total de turnos e o número de turnos sorteado. A seguir, sorteou-se um número aleatório entre 1 e o intervalo para identificar o início casual, identificando, assim, o primeiro elemento (turno). Posteriormente, o número do primeiro elemento foi adicionado ao valor do intervalo para identificar o segundo elemento e assim sucessivamente⁵.

Visando a padronização da coleta foram realizados treinamentos pela equipe da Coordenação de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDANT/SVS/MS) junto aos técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde envolvidas. As entrevistas foram realizadas por acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Medicina e por profissionais de saúde previamente treinados, sob supervisão de técnicos das secretarias de saúde. A cada paciente admitido no setor de emergência em decorrência de causas externas (violências e acidentes), os entrevistadores iniciavam a abordagem da vítima ou acompanhante (quando o paciente era menor ou encontrava-se impossibilitado de responder) para solicitar autorização e iniciar a entrevista⁵.

Os dados foram digitados no programa Epi Info, versão 3.5.1, no Setor de Vigilância Epidemiológica de cada município participante da pesquisa, e transferidos para o Ministério da Saúde via correio eletrônico. Realizou-se análise de consistência e no programa Rec LinckIII, versão 3.1.6. A variável que define a estrutura do plano amostral, denominada de unidade primária de amostragem (UPA), foi considerada nas análises estatísticas. Essas análises foram processadas no programa STATA, versão 11, do qual se utilizou o módulo “svy” adequado para obtenção de estimativas não viesadas quando os dados são provenientes de planos de amostragem complexos⁵.

O presente estudo, com a intenção de responder às perguntas de pesquisa *“Quais as características demográficas de mulheres entre 15 e 49 anos em situação de violência com traumas faciais? Qual o local da face onde houve lesão? As agressões ocorrem no ambiente domiciliar ou externo? Qual o desfecho dos atendimentos?”* utilizou uma amostra do

inquérito VIVA 2011 sendo submetido à aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) atendendo às recomendações da Resolução nº. 466/201212.

Em vista dos dados terem sido utilizados para fins de vigilância epidemiológica, a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido foi substituída por consentimento verbal, obtido pelo paciente ou por seu responsável, sendo garantido total anonimato e privacidade aos pacientes, profissionais e gestores dos serviços onde a pesquisa foi realizada, assim como a liberdade em desistir de participar da entrevista a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza para si próprio ou terceiros.

Assim, o estudo inclui os atendimentos a mulheres na faixa etária de 15-49 anos em situação de violência com traumas na região de cabeça e pescoço sendo captada as seguintes variáveis para análise: faixa etária, raça/cor da pele, escolaridade, ocorrência no domicílio, uso de bebida alcoólica pela vítima, natureza do evento, se teve atendimento prévio, período de atendimento, dia de atendimento, locomoção para o hospital, natureza da lesão, parte do corpo atingida e evolução na emergência, caracterização do agressor (relação com a vítima e sexo), natureza da violência (física, sexual, psicológica). As variáveis foram comparadas segundo a sua ocorrência e analisadas por grupos etários de 15-29 anos e 30-49 anos, testando a hipótese nula de independência entre as variáveis qualitativas. Foi utilizado o teste Qui-quadrado e o exato de Fisher, com nível de significância de 5%.

Resultados

Neste estudo foram analisadas informações referentes a 351 mulheres com idades entre 15 a 49 anos em situação de violência que sofreram trauma na região de cabeça e pescoço atendidas nos serviços sentinelas incluídas no Inquérito VIVA 2011. Dos atendimentos em mulheres nessa faixa etária, 3527 (80,2%) foram vítimas de acidentes de trânsito e 870 (19,8%) de violência.

Dessas mulheres em situação de violência atendidas nos Serviços Sentinelas que participaram do estudo, 351 (40,6%) sofreram violência na região de cabeça e pescoço.

A capital com maior frequência de atendimento a essas mulheres foi Belém do Pará (PA) com 14,4% dos casos registrados, seguida por Campo Grande (MS), Fortaleza (CE) e Rio de Janeiro (RJ) com 5,9% dos casos cada.

As características dessas mulheres atendidas nos serviços de emergência das 25 capitais que participaram do estudo e do Distrito Federal estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das mulheres em idade fértil em situação de violência com traumas na região de cabeça e pescoço, Brasil, 2011.

Variáveis ^a	Total (n=351)	15-29 anos (n=193)	30-49 anos (n=158)	Valor de p ^b
Escolaridade				
0 a 8 anos	205	113	92	0,877
8 anos ou mais	96	52	44	
Raça/cor				
Branco	94	51	43	0,517
Preto/pardo	249	135	114	
Amarela	5	4	1	
Ocupação				
Sim	173	108	65	0,004*
Não	165	77	88	
Consumo de Álcool				
Sim	217	128	89	0,029*
Não	122	57	65	

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e acidentes -VIVA, Inquérito 2011. a) Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste Qui-quadrado.

Em relação à idade, a faixa etária mais acometida foi a de 20 a 29 anos (68,3%). Apresentavam baixa escolaridade, 40,2% das mulheres em situação de violência possuíam menos de oito anos de estudo, sem diferença estatisticamente significativa quanto à faixa etária. Quanto à raça, 70,8% eram mulheres pretas também sem

diferença estatisticamente significativa para as faixas etárias do estudo. A grande maioria dessas mulheres residia na capital (84,1%) e na zona urbana (95,7%). A presença de emprego e a ingestão de bebida alcóolica foi declarada principalmente pelas mulheres mais jovens ($p=0,004$ e $p=0,029$, respectivamente).

A caracterização da agressão pode ser vista na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da agressão a mulheres em idade fértil em situação de violência com traumas na região de cabeça e pescoço, Brasil, 2011.

Variáveis ^a	Total (n=351)	15-29 anos (n=193)	30-49 anos (n=158)	Valor de p ^b
Intencionalidade na agressão				
• Sim	305	168	137	0,902
• Não	41	23	18	
Sexo do Agressor				
• Masculino	252	130	122	0,058
• Feminino	75	48	27	
Agressor é o companheiro				
• Sim	153	66	87	0,000*
• Não	190	122	68	
Agressor é conhecido				
• Sim ^c	336	181	155	0,018* ^d
• Não	7	6	1	
Local da Ocorrência				
• Residência	159	88	71	0,868
• Local Público ^e	190	98	82	
Natureza da Lesão				
• Contusão-entorse-luxação	82	49	33	0,532
• Corte-laceração-amputação	188	100	88	
• Fratura-trauma ^f	70	29	31	
• Outros ^g	14	10	4	
Meio da agressão				
• Força corporal/ espancamento	241	132	109	0,667
• Arma de fogo	9	6	3	

• Objeto perfuro-cortante	48	29	19	
• Objeto Contundente	47	22	25	
• Outros ^h	6	4	2	
Parte do corpo Atingida				
• Boca-dente	31	14	17	0,419
• Face/cabeça	306	170	136	
• Pescoço	14	9	5	
Atendimento Prévio				
• Sim	253	140	113	0,671
• Não	91	48	43	

Fonte: MS, SVS, Sistema de Vigilância de Violências e acidentes –VIVA, Inquérito 2011. a) Para algumas variáveis o número de atendimentos divergiu devido a dados faltantes (ignorado/em branco). b) Teste Qui-quadrado. c) Inclui Pai/mãe, companheiro, outro familiar, amigo/conhecido d) Teste Exato de Fisher e) Inclui escola, área de recreação, bar ou similar, via pública, comércio, indústria e outros. f) Incluso trauma dentário, trauma crânio-encefálico e politraumatismo. g) Incluso queimadura, intoxicação e outros. h) Incluso envenenamento, ameaça, substância quente e outros.

A maioria dos eventos (86,9%) foi considerada intencional pelas mulheres agredidas e realizada por um agressor do sexo masculino (77,1%), sem diferenciação estatisticamente significativa entre as faixas etárias. O parceiro íntimo foi identificado como agressor em maior proporção pelas mulheres com idades mais avançadas ($p=0,0000$). As ocorrências em 45,5% dos casos ocorreram na própria residência dessas mulheres, sem diferença entre as faixas etárias. Em relação à natureza da lesão predominaram os cortes e lacerações (54,6%), seguido das contusões (19,6%), ocasionados em 68,5% dos casos por força corporal. Na região de cabeça/pescoço, a face foi a parte mais frequentemente atingida (87,0%), sem diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias.

Em 61,7% dos casos das mulheres com traumas bucomaxilofacial o atendimento ocorreu no período noturno (noite e madrugada), sem diferença estatística entre as faixas etárias estudadas. O modo de locomoção mais frequente para o hospital foi em veículo particular, seguido pelo atendimento móvel de urgência – SAMU ou ambulância e pelo transporte coletivo. O final de semana (sábado e domingo) concentrou os atendimentos as mulheres em situação de violência (40,1%). A alta foi o

desfecho mais prevalente (73,3%), mas em quase 24% dos casos foi necessário intervenção hospitalar ou transferência de serviço, sem diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias. E das mulheres vítimas de violência, 26,9% já tinham sido atendidas anteriormente pelo mesmo motivo em unidades de assistência pré-hospitalar, também sem diferença estatística entre as faixas etárias.

Discussão

O tema da violência contra a mulher vem sendo bastante estudado no Brasil, entretanto, por apresentar natureza complexa, pois envolve, na maioria das vezes, pessoas com relações familiares e/ou íntimas, possui ainda muitas lacunas de conhecimento^{1,6}. O registro destas ocorrências nas unidades de atendimento de Emergência Sentinela para causas externas contribui na compreensão destas situações e no apoio às políticas públicas de prevenção e promoção à saúde. A inclusão da violência na agenda da Saúde já vem sendo discutida, mas ainda encontra dificuldade em convencer um setor muito marcado pela racionalidade biomédica em aceitar problemas de caráter social que demandam ações interdisciplinares e intersetoriais¹.

As características dos indivíduos (sexo, raça, idade) e condições socioeconômicas influenciam o risco da população sofrer violência^{1,6,7}. Neste estudo, nas mulheres em situação de violência com lesões na região de cabeça e pescoço observou-se maior proporção de atendimentos de mulheres pretas na faixa etária de 20 a 29 anos e com baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo). Essas mesmas características foram relatadas em estudo desenvolvido na cidade de Recife⁸ e no estudo de Rodrigues⁷.

É verídico inferir que mulheres pretas no Brasil possuem uma história de violação de direitos, com várias manifestações de violência vivenciadas por estas a datar do período colonial e que se perpetuam ainda nos dias atuais. Desta forma, mesmo que a violência contra as mulheres atinja mulheres de todas as idades e classes

sociais, de diferentes grupos raciais e variado grau de escolaridade, é necessário refletir que ainda prevalece nos contextos de maior vulnerabilidade social.

Não obstante, o referencial da interseccionalidade⁹ em saúde coloca que determinantes sociais se somam, aumentando o risco à situação de violência. Por este referencial, o importante não é o gênero em si, mas a junção do gênero, raça e classe socioeconômica que devem ser utilizados como indicadores de um contexto de iniquidades favorável à situação de violência. Tal contexto requer políticas públicas intersetoriais e mobilização social em prol do capital social.

Neste sentido, a violência não atinge as mulheres da mesma forma, especialmente, na sociedade brasileira, em que as relações sociais foram construídas com base em um patriarcalismo sexista e racista¹.

Todavia, a maioria dos estudos de violência contra mulheres envolvem aquelas que utilizam o serviço de saúde pública. Reproduz-se, assim, o perfil da maioria das usuárias deste serviço que possuem baixa escolaridade e são pretas ou pardas. Fato que sugere a falta de informações com relação a mulheres de escolaridade mais alta, que são minoria nesse serviço¹⁰. Neste sentido, noticiários nacionais têm divulgado casos de violência nos extratos sociais mais altos, evidenciando a violência como fenômeno social complexo, mas necessariamente relacionado às concepções dos pretensos papéis de homens e mulheres na sociedade.

A violência contra a mulher perpassa a discussão das desigualdades de gênero e interseccionalidade, havendo um custo político, econômico, educacional e de saúde. Assim, conforme já exposto, o capital social seria um recurso potencial a ser disponibilizado e utilizado pelas mulheres^{1,11}.

O capital social visa enfrentar propostas que não consideram o investimento combinado em políticas sociais e no empoderamento das mulheres, contemplando, por exemplo, áreas como as de emprego, saúde e educação¹¹. Relaciona-se, inclusive, ao suporte psicoafetivo às mulheres em situação de violência como o fortalecimento

de suas redes sociais visando superar o isolamento e fragilidade¹² decorrentes da violência.

Partindo deste pressuposto, Dutra et al (2013)¹² realizaram estudo para configurar a rede social das mulheres que vivem em situação de violência doméstica num município da região metropolitana de São Paulo a partir de entrevistas e observação em três serviços que compõem a rede de proteção à mulher. Todas as entrevistadas colocaram que, à medida que aumentava o tempo de convívio do casal, suas redes sociais tornavam-se mais restritas e reduzidas a atores com pouco poder para oferecer apoio.

Esta restrição sócio-humana, pela restrição de convívio social, potencializava a restrição de acesso à rede socioinstitucional para busca de apoio. Sem uma rede de apoio, a percepção da capacidade de superação e mudança de vida é prejudicada, perpetuando o cotidiano da violência. Inclusive, a situação de violência não se vincula necessariamente a separação do casal, mas ao recebimento de apoios para que a mulher passe a compreender os mecanismos envolvidos na violência e constitua estratégias para enfrentá-la no dia a dia¹².

As instituições e os profissionais podem exercer um papel fundamental para a quebra no ciclo da violência ao instituírem uma escuta ampliada às necessidades do usuário como um todo¹. Especificamente, a mulher, alvo desta discussão, percebe o cuidado, potencializando as chances de instituir vínculo com o serviço¹².

As discriminações de gênero somadas às de raça agravam outras desigualdades, obstruindo as conquistas obtidas em todas as áreas sociais. Equacionar tais distâncias é um dos maiores desafios para o desenvolvimento político, social e econômico de países e regiões, na medida em que afetam o conjunto de suas sociedades. Realidades estas que ultrapassam fronteiras geográficas e sociais, mas que se acentuam onde há maior pobreza.

Não obstante, essas desigualdades provocam uma acumulação de desvantagens para as mulheres, tornando-as mais vulneráveis a condições de privação

e pobreza¹¹. Assim, discutir desigualdades de gênero pressupõe debater a interseccionalidade relativa à interdependência das relações de poder de raça, sexo e classe¹³.

A interseccionalidade visa apreender a complexidade das identidades e das desigualdades sociais por intermédio de um enfoque integrado. Portanto, refuta o isolamento e a hierarquização dos grandes eixos da diferenciação social (categorias de sexo/gênero, classe, raça, etnicidade, idade, deficiência e orientação sexual), enfatizando o enfoque interseccional e a interação desses eixos na produção e na reprodução das desigualdades sociais¹⁴. Por conseguinte, atuar nas desigualdades de gênero, implica em articular diversos setores da sociedade conforme discutido mais à frente.

A violência física é a mais identificada pelas mulheres¹⁵. E encontra-se envolta em brigas, empurrões, ofensas, humilhações e vergonha¹⁶. Há uma constatação factual de que as marcas físicas são, principalmente, as mais encontradas¹⁵. Entretanto, deixam transparecer também efeitos negativos na saúde mental dessas mulheres, sobretudo pela humilhação, sofrimento e vergonha que afetam sua autoestima e definem sua relação para com o outro¹⁶.

Quanto ao local de ocorrência, há uma convergência nos estudos^{15,17,18} de violência contra a mulher que aponta o domicílio como o ambiente onde mais acontecem as agressões (aproximadamente 90% dos casos), como verificou-se no presente estudo no qual cerca de mais de 50% das agressões ocorreram no ambiente doméstico.

O domicílio é o local mais escolhido, pois é resguardado da interferência de outras pessoas, graças à cumplicidade e indiferença da sociedade para com a violência que ocorre no interior da família. Essa naturalização e privatização da violência, muitas vezes legitimada por uma ordem patriarcal de organização familiar, dificulta uma atitude de resistência e ruptura por parte da mulher nessa situação^{15,17,18}.

Não obstante, a política de saúde coloca a necessidade de exceder o cuidado individual, implementando no cotidiano dos processos de trabalho, a dimensão familiar e comunitária. Neste intuito, as visitas domiciliares realizadas pelas equipes de saúde da família (ESF) são uma estratégia para desenvolver o vínculo com as pessoas e assim, desvelar a dinâmica de cada família e, a partir disto, programas ações. Portanto, está ao alcance dos profissionais de saúde identificar os contextos de maior risco à situação de violência¹.

Em verdade, o setor saúde é apontado como porta de entrada para os casos de violência doméstica, podendo ser identificada durante qualquer atendimento de saúde, desde os desempenhados nas unidades de emergência até aqueles realizados nos espaços da atenção básica, a partir de sinais e/ ou sintomas físicos, psicológicos ou mesmo pela revelação da usuária¹⁵.

Frise-se que também se coloca a necessidade de encontros e reuniões sistemáticas entre os serviços que devem compor a Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência para aprimorar a comunicação intersetorial e assim, possibilitar uma maior efetividade desta Rede^{15,19}.

No tocante à comunicação intersetorial, há a necessidade de divulgar os serviços participantes da rede mobilizando diversas mídias sociais e de massa. A eficiência na divulgação depende do conhecimento das instituições e como essas operam, tanto nas áreas jurídicas, policiais, sociais quanto na área de saúde pelos profissionais atuantes nesses espaços.

Na perspectiva de um elo de comunicação das mulheres com os serviços de saúde e, a partir disto, o encaminhamento para outros serviços de apoio, Gomes (2009)²⁰ destaca os agentes comunitários de saúde (ACS). Isto em virtude de sua aproximação com a comunidade e a equipe de Saúde da Família como um todo, no processo de acompanhamento das mulheres em situação de violência, uma vez que trabalha com uma população adstrita, permitindo uma maior compreensão de suas necessidades. O conhecimento dos serviços facilita a condução de ações de prevenção,

notificação, registro, encaminhamento e acompanhamento às mulheres em situação de violência em todas as etapas, contribuindo para a continuidade da assistência e o aumento da credibilidade no serviço²⁰.

Saliente-se que os serviços da Assistência Social integrantes do SUAS (Sistema Único da Assistência Social) estariam implicados na identificação e encaminhamentos necessários para intervir em situação de violência.

Na perspectiva da intersetorialidade, o estudo de Menezes et al (2014)¹⁹ realizado com objetivo de identificar elementos que interferem no processo de enfrentamento da violência contra a mulher, mediante entrevistas de representantes de 15 serviços que integram a Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência na cidade de Salvador (Bahia, Brasil) apontou que tal Rede comporta serviços de quatro áreas : policial, jurídica, psicossocial e da saúde. Inclusive, há um guia de Serviços de Atenção a pessoas em Situação de Violência de Salvador (BA) para orientar profissionais e populações quanto aos encaminhamentos necessários.

Em verdade, em meio à característica recorrente da violência¹⁵, possivelmente uma mulher que necessita de uma assistência hospitalar, já passou anteriormente por serviço de menor densidade tecnológica da Rede de Atenção à Saúde, seja em nível primário ou secundário da atenção. Isto evidencia a possibilidade de interferir precocemente no círculo vicioso agressão-submissão-perdão-conflito-agressão típico das situações de violência, evitando sequelas mais graves.

Contudo, ainda há um caminho a percorrer no apoio a mulher vítima de violência, inclusive na perspectiva assistencial. A análise da composição da equipe de entrevistadores do VIVA (2011)⁵ viabiliza a identificação da ausência de cirurgião-dentista, sendo esta uma possível fragilidade uma vez que a face é frequentemente alvo das agressões. Sob o paradigma da compartimentalização do corpo, o cirurgião-dentista seria um dos responsáveis pela região de cabeça e pescoço.

O avanço em prol da integralidade e intersetorialidade das práticas, factualmente, é uma necessidade iminente. Ao analisar o perfil do agressor este mais

frequente refere-se a alguém que mantém ou manteve um relacionamento afetivo com a vítima, seja como marido, companheiro ou parceiro íntimo¹. Em consonância a esta colocação, no presente estudo cerca de 44,5% das agressões foram cometidas pelo companheiro ou ex-companheiro das vítimas. Assim, a desvinculação afetiva e dependência emocional e, frequentemente, econômica das vítimas de violência é um grande desafio transponível pela transdisciplinaridade e multiprofissionalidade.

Segundo estimativas do Banco Mundial, uma mulher tem maior probabilidade de ser espancada, violada ou assassinada pelo seu parceiro atual ou anterior que por um estranho¹⁶. E a interrupção do matrimônio tem sido considerada uma das principais causas das grandes desavenças entre o casal¹⁵. As agressões como forma de ação disciplinar sobre esposas e filhas, na maioria das vezes, não são legitimadas como violência, sendo aceitas como fenômeno cultural¹⁶. Isto ocasiona o reforço de padrões de comportamentos de submissão e isolamento social.

A maior frequência de entradas nos serviços nos turnos da noite e fins de semana, possivelmente, ocorre por serem os momentos onde o parceiro está no domicílio por um tempo mais prolongado, criando um contexto favorável ao conflito que desencadeia a situação de violência.

Em relação ao local do corpo mais atingido nos casos de violência física contra a mulher, vários autores corroboram com nossos achados e se referem à região da cabeça, especialmente à face, como área mais prevalente^{3,4}. Sendo o rosto uma das partes do corpo humano mais valorizadas e importantes para as relações humanas^{2,21}, marcas produzidas por agressão neste local assumem singular relevância, e sobrepõem à violência física uma violência emocional, em razão do caráter de humilhação que uma agressão na região facial pode representar¹⁵.

Assim, um dano causado na região de cabeça e pescoço, principalmente na face, seja de natureza física ou psicológica, temporário ou permanente, possui uma forte carga simbólica tanto para quem sofre como para quem agride. O rosto, na maioria

das sociedades, é uma área estreitamente associada à identidade pessoal, tanto objetivamente quanto de forma subjetiva².

É importante, então, supor que a dor provocada por uma violência física que acomete a face ultrapassa o plano físico e biológico e alcança espaços emocionais e psicológicos, podendo suscitar adoecimento mental. As maiores chances deste tipo de adoecimento é potencializada em virtude da ambivalência de vivenciar a violência dentro de uma união afetiva na qual sentimentos como amor e ódio ou expectativa e frustração tendem a aumentar o estresse relacional.

No livro de Maria Amélia Azevedo, *Mulheres espancadas: a violência denunciada* (1985), a autora assinala que um dos objetivos em atingir a face feminina é “lesar a beleza feminina, já que faz parte do ‘eterno feminino’ a obrigação de ser bonita, para agradar ao homem” e o outro é a “intenção de estigmatizar a mulher perante a sociedade, deixando nela marcas visíveis de violência”²².

Já Saddki²³, em seu estudo apontou que 74,8% das lesões diagnosticadas se encontravam na região buco-maxilo-facial (50,4%) e na cabeça (24,4%). Essa altíssima prevalência foi considerada pelos autores de difícil explicação, mas que pode ser atribuída ao fato do rosto ser a região mais exposta do corpo ou, ainda, à busca consciente ou inconsciente do agressor de minar a autoestima da vítima²³. Para Suárez e Bandeira²⁴ quando um homem manifesta seu poder através da força física tem a intenção de anular um outro poder, exercido pela mulher através da fala. Por isso, a boca é o alvo, loco de onde o desafio provém²⁴.

Em relação ao número de casos de situação de violência captados, este poderia ser bem maior, uma vez que só envolveu mulheres que buscaram ajuda. Em meio ao círculo de medo e submissão, possivelmente, há um grande número de casos não notificados. Inclusive, a maior frequência em mulheres pretas, jovens e pobres revela o quanto às subjugações social e econômica favorecem a “ocultação” da violência.

Argumentando-se sobre a tendência a “ocultação” em mulheres jovens, estudo desenvolvido por Costa et al (2015)²⁵ evidencia que adolescentes de ambos os sexos se

sentem desconfortáveis em abordar o tema da violência e uso de drogas, silenciando as demandas diante dos profissionais. Por sua vez, os profissionais de saúde não se sentem confortáveis e preparados para investigar a respeito dos problemas que envolvem os adolescentes. Diante disto, os autores apontam a necessidade de mudanças nas políticas de saúde incentivando relações interpessoais intersubjetivas nos processos de trabalho, mobilizando estratégias como escuta qualificada e clínica ampliada. Nesta perspectiva, estimular as relações interpessoais saudáveis entre familiares e pessoas no entorno desses adolescentes em situação de vulnerabilidade, visando à redução de danos, a reabilitação e socialização desses jovens.

Frise-se que a subjugação econômica e social pode ocorrer em classes sociais mais elevadas, a depender dos papéis apreendidos por homens e mulheres. Assim, a busca pelo empoderamento e expansão do capital social são caminhos potencialmente eficazes para diminuir a violência.

Diante disso, torna-se de suma importância a realização de estudos com esse recorte de gênero e nesses sítios específicos abordados (cabeça, face e pescoço) para uma compreensão ampliada da violência no sentido das implicações simbólicas das vítimas, dos fatores mobilizadores dos agressores, repercussões no núcleo familiar, bem como o desenvolvimento de estudos de abordagem quantitativa para identificar o melhor manejo dos casos em termos de terapias de recuperação, promoção e proteção da saúde em uma perspectiva integral. A identificação do problema é um passo de suma importância, mas deste passo deve se seguir para a resolução do problema.

Pela complexidade da problemática, infere-se sobre a necessidade de ampliar as dimensões da gestão do cuidado, abordando desde o nível da dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

Conclusões

Mulheres pretas com baixa escolaridade cujo agressor é predominantemente do sexo masculino e identificado como parceiro íntimo são as principais características

das mulheres em situação de violência com traumas na região de cabeça e pescoço identificadas pelo inquérito VIVA 2011⁵. Isto evidencia a importância de analisar de modo mais aprofundado a dimensão da violência em segmentos específicos da população. Para tanto, os estudos de abordagem qualitativa seriam relevantes para compreensão do significado do fenômeno, identificação de variáveis, viabilizando a condução de pesquisas de abordagem quantitativa com vistas à inferência estatística e generalização de resultados trazendo um perfil ampliado de morbimortalidade da violência.

O referencial das intersecções reforça este argumento e aponta a necessidade de mobilizar a sociedade em prol do capital social. Assim, pode-se trabalhar na melhoria da autoestima e auxiliar no desenvolvimento de atividades para o provimento econômico de mulheres em situação de violência como a criação de cooperativas.

Partilhando desse entendimento, é importante que os casos de violência contra mulher sejam reconhecidos como problemas sociais e sendo a saúde uma questão social, os profissionais da saúde, incluindo o cirurgião-dentista e o cirurgião buco-maxilar, devem estar qualificados para uma escuta e comunicação efetiva com a comunidade, identificando assim mulheres que vivenciam essa situação, na perspectiva de articular ações que visem à atenção integral à mulher.

Não basta identificar abusos e punir culpados. É preciso agir sobre as sequelas e causas simbólicas da violência. A violência acomete mulheres em diferentes ciclos de vida, necessitando de enfoques diferenciados, suscitando preparo adequado dos profissionais.

Referências

1. Cavalcanti GMB, Amorim AVB, Queiroz GS, Cruz NM, Costa RL, Bezerra KFO. Violence against women in the single health system. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:146-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v12.7148>.
2. Halpern LR. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. Oral maxillofacial Surg Clin 2010; 22: 239-246.

3. Deslandes S, 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(1):129-137.
4. Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg*, 2001. 59(11):1277-1283.
5. Brasil. Viva: vigilância de violência e acidentes, 2009 a 2011. Brasília: MS; 2013.
6. Schraiber, LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad Saude Pública* 2009; 25(Supl. 2):5205-5216.
7. Rodrigues CS; Malta DC; Godinho T; Mascarenhas MDM; Silva MMS; Silva, Rurany E. Acidentes e violência entre mulheres atendidas em serviços de emergência sentinela – Brasil, 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2319-2329
8. Silva MA, Fabo Neto GH, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):264-272.
9. Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc* 2014; 26(1): 61-73.
10. Gómez-Dantés H, Vázquez-Martínez JL, Fernández-Cantoón SB. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. *Salud Pública Méx* 2006; 48:279-87.
11. Prá JR. O Custo político das desigualdades de gênero e a teoria do capital social. *Educação Unisinos* 2005; 9 (2): 99-115.
12. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cien Saude Colet* 2013; 18(5):1293-1304.
13. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex; a black feminist critique of discrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum* 1989; (1): 139-167. Disponível em: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
14. Bilge S. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes* 2009; 1 (225): 70-88.
15. 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(4):470-7.
16. Monteiro CFS, Souza EO. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto & Contexto [SciELO Scientific Electronic Library Online]* 2007.

17. Mattar R. Assistência multiprofissional à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade Estadual de São Paulo. Cad Saúde Pública [SciELO-Scientific Electronic Online] 2007.
18. Silva LL, Coelho EBS, Caponi SNC. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. Interface - Comunicação Saúde Educação [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2007.
19. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saúde Soc 2014; 23(3): 778-786.
20. Gomes NP. Processo de enfrentamento da violência conjugal. [tese]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2009.
21. Gironde, MW, Lui A. Social support and resource needs as mediators of recovery after facial injury. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am, 2010. 22:251-259.
22. Azevedo MA. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez, 1985.
23. Saddki N.; Suhaimi AA.; Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. BMC Public Health, 2010. 10(268):2-6.
24. Suárez M.; Bandeira L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: Bruschini C, Unberbhaum SG. (Org.). Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora; 2002.
25. Costa APS da, Oliveira DA de, Rodrigues MP, Ferreira M Ângela F. Violência doméstica e abuso de álcool e drogas na adolescência. Rev. Ciênc. Plural [Internet]. 21 de julho de 2015 [citado 29 de maio de 2022];1(2):48-56. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7616>.