

## Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal

Visible and invisible marks: facial injuries suffered by women as the result of acts of domestic violence

Suzana de Magalhães Dourado<sup>1</sup>  
Ceci Vilar Noronha<sup>2</sup>

**Abstract** *This article focuses on female facial injuries caused by domestic partners in the light of the cultural assumption that the face is the most valued area of the human body. Through a quantitative/qualitative approach, the study aimed to estimate the prevalence of lesions on the face, head and neck of women abused by their partners. The intention is to comprehend the significance, from the victim's standpoint, of the marks originated in the violent episode and investigate issues concerning healthcare in the treatment of injuries. Statistical data were obtained from reports of the Special Police Department for Women in Salvador, Bahia, and the qualitative phase of research consisted of interviews with women who filed such reports. The results showed that, in 63.2% of studied cases, there were injuries to the face and/or head and/or neck of battered women. Speech analysis revealed that facial injuries, especially permanent ones, tend to result in feelings of low self-esteem, shame and humiliation in the victim, causing severe psychological distress. It was revealed that healthcare was limited to the physical aspects of victimization, without the perception of domestic violence as a health problem and the consequent lack of referral of patients to the centers for women in situations of violence.*

**Key words** *Domestic violence, Facial injuries, Spousal abuse*

**Resumo** *Este artigo aborda os danos ao rosto feminino provocados por parceiro íntimo à luz do pressuposto cultural da face como locus corporal privilegiado e de alto valor simbólico. Com aporte quanti-qualitativo, o estudo objetivou: estimar a prevalência de lesões na face, cabeça e pescoço de mulheres agredidas pelo parceiro; apreender os significados, na visão das vítimas, das marcas originárias da violência; e investigar questões acerca do cuidado em saúde no tratamento dos agravos. Os dados estatísticos foram obtidos em boletins de ocorrência da Delegacia Especial de Atendimento à Mulher de Salvador, Bahia, e a fase qualitativa da pesquisa constou de entrevistas com mulheres que recorreram à delegacia para denunciar o agressor. Estimou-se que, em 63,2% dos casos estudados, houve trauma na face e/ou cabeça e/ou pescoço da mulher agredida. A análise das falas revelou que os danos faciais, sobretudo os permanentes, tendem a produzir sentimentos de auto-depreciação, humilhação e vergonha na vítima, gerando acentuado sofrimento psíquico. Ficou evidenciado que a atenção em saúde limitou-se aos aspectos físicos da vitimização, sem a percepção da violência conjugal como problema de saúde e consequente ausência de referenciamento das usuárias à rede de assistência à mulher em situação de violência.*

**Palavras-chave** *Violência doméstica; Lesões faciais; Maus-tratos conjugais*

<sup>1</sup> Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia. R. Emídio dos Santos s/n, Barbalho. 40301-015 Salvador BA Brasil. suzana.m.dourado@gmail.com

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

## Introdução

Este artigo apresenta dados de uma pesquisa cujo objeto de estudo foi a vitimização por parceiro íntimo, tendo como foco casos em que a violência física resultou em danos ao rosto da mulher agredida. Intentou-se abordar este tema facejado ao pressuposto da cultura ocidental contemporânea, que situa a face como uma das partes mais valorizadas do corpo humano<sup>1</sup>. Foi considerada, também, a alta prevalência, referida em estudos nacionais e estrangeiros, de lesões na face, cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violências intencionais<sup>2-4</sup>. Reconhecendo que o rosto é um sítio corporal privilegiado e de alto valor simbólico, o estudo centra-se nos seguintes questionamentos: com que frequência esta região é atingida nos episódios de violência conjugal contra a mulher, registrados na cidade de Salvador, Bahia? Qual o perfil das mulheres que denunciaram os abusos físicos? Nos discursos femininos, quais os significados atribuídos aos danos faciais? Como os serviços de saúde locais têm atendido às demandas geradas por mulheres vitimadas na face pelo parceiro?

A violência conjugal ou violência por parceiro íntimo pode ser entendida como aquela que ocorre entre pessoas que estão ou já estiveram envolvidas em um relacionamento afetivo-sexual, seja em termos formais ou não formais<sup>5</sup>. Embora homens também sejam vitimados, a grande maioria das vítimas, nessas relações, são mulheres<sup>5-7</sup>. Reconhecida como violação dos direitos humanos, a violência contra as mulheres tem sido também considerada um grave problema de saúde pública e uma epidemia global, desde a década de 1990<sup>8</sup>. Conquanto nem todos os agressores sejam parceiros ou ex-parceiros afetivos, é dentro do vínculo conjugal onde se dá, primordialmente, a vitimização feminina. A produção científica nesta temática é prolífica no sentido de procurar entender as raízes da sua ocorrência e de propor estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento.

De acordo com Grossi<sup>9</sup>, para uma melhor compreensão da dinâmica da violência num relacionamento afetivo-conjugal devem ser considerados fatores concernentes a ambos os cônjuges na produção do convívio violento, bem como ao contexto cultural no qual o casal está inserido. Segundo a autora, homens e mulheres participam da construção da interação violenta, ainda que de forma diferenciada. Izumino<sup>10</sup> compartilha este entendimento, acrescentando que a violência conjugal ocorre em uma relação de poder

entre os gêneros, onde poderes circulam entre os pares, embora de forma assimétrica. Este enfoque permite elaborações mais profícuas ao complexificar as relações violentas e ao relativizar o dualismo homem-algoz *versus* mulher-vítima<sup>7,9,10</sup>.

Reconhece-se que esta convivência conflituosa se desenrola em um cenário social de desigualdade hierárquica entre os gêneros, onde ao masculino têm sido historicamente conferidos atributos “naturais” de força e domínio, enquanto ao feminino, de fragilidade e submissão<sup>9,11</sup>. Ou seja, uma aceção que coloca os homens em posição de superioridade em relação às mulheres, ensejando a naturalização e a legitimação da violência exercida pelo par masculino sobre sua companheira, em determinadas circunstâncias<sup>9,11</sup>. No Brasil, a partir do século XX, estes modelos rígidos de masculinidade e feminilidade passaram a ser questionados por movimentos feministas que denunciavam a violência baseada no gênero e exigiam a condenação dos chamados “crimes de honra”, até então justificados juridicamente<sup>9,11</sup>.

É inegável que grandes avanços foram alcançados e que um processo histórico lento de desconstrução dos padrões “naturais” de gênero tem tomado lugar na sociedade hodierna ocidental. Ainda assim, a violência na esfera da conjugalidade tem assumido novas formas de manifestação e, em algumas regiões, os índices epidemiológicos apontam um incremento expressivo na sua ocorrência, especialmente no que tange ao número de mulheres vitimadas no ambiente doméstico, em muitos países<sup>5,6,12</sup>.

Reichenheim et al.<sup>13</sup> consideraram que o Brasil apresentava um “quadro estarrecedor” relacionado à violência doméstica, com estatísticas sugerindo que uma mulher era morta a cada duas horas no território nacional, o que colocava o país em 12º lugar em homicídios de mulheres no cenário internacional. Embora movimentos feministas venham mantendo suas ações de combate à violência contra a mulher e que esteja em vigor, desde 2006, legislação mais rigorosa nesse mesmo sentido<sup>14</sup>, novas informações apontam uma situação ainda mais desfavorável. De acordo com a atualização do Mapa da Violência<sup>6</sup>, o Brasil ascendeu para a sétima posição na classificação mundial de assassinatos de mulheres. Outra publicação, ainda mais recente, reportando-se apenas a dados nacionais, registrou que a Bahia se encontra na segunda posição entre os estados brasileiros em número de feminicídios, atrás apenas do Espírito Santo<sup>15</sup>.

Além da mortalidade, como tem sido sobejamente documentada, a violência entre cônjuges

possui alto potencial para desencadear consequências imediatas e de longo prazo à saúde das vítimas não fatais, implicando em agravos agudos e crônicos, que por sua vez, vão repercutir na rede familiar, nas relações sociais e de trabalho, bem como no sistema de saúde<sup>5,7,8</sup>.

### Violência conjugal e face feminina

Na revisão de literatura, não foram localizados muitos trabalhos focalizando, especificamente, o acometimento do rosto feminino nos casos de violência entre cônjuges. No entanto, há grande convergência em apontar a região da cabeça, pescoço e, notadamente, a face, como o local do corpo da mulher mais atingido nos episódios violentos. Em textos de língua inglesa existem diversas pesquisas indicando que as “*HNF (head, neck and face) injuries*” podem se constituir sinalizadores de violência por parceiro íntimo, tal a sua frequência nesses eventos<sup>16,17</sup>. No Brasil, Deslandes et al.<sup>18</sup>, analisando casos de violência doméstica na cidade do Rio de Janeiro, estimaram que 37,5% das mulheres, atendidas em duas emergências hospitalares, foram feridas na cabeça ou na face pelo agressor. Schraiber et al.<sup>19</sup>, em pesquisa numa unidade básica de saúde do município de São Paulo, encontraram o percentual de 54,6% para o mesmo acometimento, enquanto numa capital nordestina, Rabello e Caldas Júnior<sup>3</sup>, examinando casos de lesões corporais denunciadas na delegacia da mulher, verificaram que, em 56,2% das ocorrências, as vítimas foram atingidas no complexo craniofacial. Em outro trabalho, tendo como campo de estudo uma cidade interiorana, Lamoglia e Minayo<sup>20</sup> concluíram que, também neste contexto, o rosto da mulher foi o *locus* corporal mais visado pelos golpes violentos perpetrados por cônjuges agressores.

No cenário internacional, a tendência parece se confirmar, uma vez que os resultados aferidos apontam na mesma direção. Num hospital do estado americano do Oregon, a proporção de mulheres com lesões buco-maxilo-faciais em decorrência de violência doméstica atingiu 81% dos casos pesquisados<sup>4</sup>. Dados coletados em quatro hospitais da Grécia (dois na área urbana e dois, na rural) apontaram uma prevalência igual a 62% de traumas na cabeça ou face de mulheres vitimadas por parceiro íntimo<sup>21</sup>. Na Malásia, Saddki et al.<sup>2</sup> fizeram uma revisão de 242 registros de mulheres agredidas pelo cônjuge e atendidas em um hospital de referência para vítimas de violência, e encontraram que 74,8% delas apresentaram lesões maxilo-faciais (50,4%) ou na

cabeça (24,4%). Portanto, o mesmo padrão parece se repetir em pesquisas realizadas no Brasil, na América do Norte, na Europa e no continente asiático, em populações de diferente perfil social, econômico e cultural, indicando a dimensão mundial da estreita relação entre os atos violentos na esfera conjugal e o acometimento do rosto da mulher.

Julga-se necessário problematizar a explicação simplista do senso comum, e referida em algumas produções científicas, que atribui as altas taxas de lesões faciais em mulheres vítimas de violência conjugal apenas ao fato da face ser um sítio corporal desprotegido e de maior exposição. Há que se considerar, também, as nuances subjetivas imiscuídas neste fenômeno. Sob este prisma, justifica-se uma investigação mais aprofundada, diante da presunção que um dano físico, temporário ou permanente associado a essa região, pode assumir relevância singular, ao sugerir uma superposição entre violência física e psicológica, decorrente do caráter de humilhação, de ameaça ao *locus* por excelência da identidade pessoal e de violação à dignidade humana que uma agressão ao rosto pode representar<sup>1,3,20,22-24</sup>.

### Métodos

A escolha da abordagem quanti-qualitativa deveu-se aos objetivos do trabalho, a saber, apreender a dimensão do objeto de estudo aliando dados estatísticos a aspectos subjetivos. Esta complementaridade entre os métodos quantitativo e qualitativo é referida por Minayo<sup>25</sup> como um avanço para a compreensão mais aproximada dos fenômenos a partir de uma interação dialógica entre os aportes. A estratégia metodológica seguiu o seguinte percurso:

#### Etapa quantitativa

Estudo descritivo, transversal, delineado para: a) estimar a prevalência de lesões em face e/ou cabeça e/ou pescoço (lesões FCP) de mulheres, entre 18 e 59 anos, que recorreram à Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM), unidade Brotas, em Salvador, Bahia, para denunciar violência física praticada por parceiro íntimo; b) caracterizar o perfil das denunciadas e obter informações referentes ao episódio vitimizador.

Inicialmente o estudo foi pensado para investigar apenas lesões faciais, entretanto, verificou-se que, em muitos Boletins de Ocorrência (BOs), o termo “lesões na cabeça” era usado para

descrever ferimentos na testa, região orbital, tórax e pescoço da vítima (este último geralmente incluído em casos de traumas na mandíbula ou abaixo do queixo). Optou-se, então, por incluir dados referentes à cabeça e pescoço. A escolha também favoreceu a comparação dos resultados com estudos internacionais<sup>16,17</sup>.

Definiu-se como parceiro íntimo: marido (em união formal ou não), companheiro, namorado ou parceiro sexual eventual, contanto que, à época da situação de violência, estivesse mantendo ou houvesse mantido, anteriormente, uma relação amorosa com a vítima. A eleição da DEAM se deu pela necessidade de trabalhar somente com casos declarados de violência conjugal. Em outros locais passíveis de se constituírem campo de pesquisa, como emergências hospitalares e unidades de saúde, este tipo de violência é, muitas vezes, omitido pela vítima, o que viria a acarretar um viés de seleção no estudo<sup>2,19,21,26</sup>.

Foram considerados os BOs que se encontravam sob a rubrica “lesões corporais”, no período entre 01 de janeiro de 2004 e 31 de dezembro de 2008. Esta escolha teve como referência o ano de 2006 (quando entrou em vigor a Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha<sup>14</sup>) com o intuito de investigar possíveis diferenças no número de denúncias registradas, desde dois anos antes e até dois anos após a implantação da referida lei. Esta investigação será objeto de estudo em outra pesquisa.

Os cálculos para a amostra foram norteados por um estudo piloto, no qual selecionou-se, por randomização, 164 BOs do total de registros lavrados na mesma DEAM, entre 2002 e 2008. Os BOs usados no piloto foram excluídos do estudo principal. Neste trabalho preliminar, visou-se, estimar a prevalência de lesões FCP e testar a adequação do instrumento de coleta das informações pretendidas. A frequência encontrada foi de 70,1% para lesões FCP. Estabelecendo-se 95% de confiança e 5% de possibilidade de erro, chegou-se ao número de 323 BOs como amostra mínima requerida. Para a obtenção de uma amostra representativa dos 11.741 BOs tipificados como “lesões corporais”, no período eleito, foi usada a técnica de amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios<sup>12</sup>.

Incluíram-se, para sorteio, os sessenta meses do período de interesse. Foram sorteados dois dias em cada mês e depois, dentro de cada mês, três BOs por dia, totalizando uma amostra de 360 BOs. Cada BO era lido atentamente e transcritos no instrumento de coleta informações sociodemográficas da vítima e dados referentes à ocorrência.

Excluídos 32 casos de violência, cujos autores não se constituíam em parceiros íntimos, e mais 02 registros que não preenchiam os critérios de inclusão, foram validados para análise 326 boletins. Através do *software* IBM SPSS versão 20 foi criado um banco de dados com as informações coletadas, a fim de serem geradas as estatísticas descritivas pretendidas.

### Etapa qualitativa

A segunda parte do estudo, realizada em período subsequente à primeira fase, constou de entrevistas narrativas com mulheres com história de dano facial provocado por parceiro íntimo e caracterizado como lesão corporal no registro policial. Objetivou-se desvelar os sentidos, por elas atribuídos, dos danos faciais decorrentes da vitimização, bem como investigar questões relacionadas ao cuidado em saúde recebido para o tratamento dos agravos.

Foram analisadas narrativas de dez mulheres que recorreram à DEAM. Quatro entrevistas se realizaram na própria delegacia e seis aconteceram no centro de referência para mulheres em situação de violência existente na cidade. Todos os encontros se deram entre julho e novembro de 2012, em salas reservadas, com privacidade suficiente para garantir a confidencialidade das informações. O acesso a esses sujeitos se deu através da intermediação do serviço psicossocial das duas entidades. De onze mulheres (dentro dos parâmetros de inclusão) convidadas a aderir, houve apenas uma recusa. Visto que os depoimentos concedidos preencheram os critérios de saturação de dados, optou-se por não recorrer a informantes adicionais.

Às participantes foi garantido anonimato, bem como a liberdade de recusar o convite de participação. Somente após a assinatura do termo de consentimento informado, os diálogos foram gravados e depois transcritos. Foi oferecido, ainda, encaminhamento para suporte psicoterapêutico e assistência odontológica àquelas que apresentavam necessidades nestas áreas e não estavam sendo assistidas devidamente.

A análise das falas foi fundamentada na ótica da sociologia do corpo, sob a qual o conteúdo foi reorganizado por categorias de significados, procurando estabelecer nexos entre os discursos e esta base teórica norteadora<sup>25</sup>.

As informantes tinham idade entre 27 e 47 anos e apresentaram diversidade quanto ao nível socioeconômico, escolaridade e cor da pele. Sete delas haviam se separado do cônjuge agressor e

relataram episódios de violência durante o vínculo conjugal e após o seu rompimento. As outras três ainda permaneciam com o parceiro à época da denúncia e da entrevista.

Foram respeitados os aspectos éticos previstos na legislação vigente mediante aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## Resultados e discussão

Dos 326 BOs pesquisados, 206 registravam a presença de lesões FCP provocados por parceiro íntimo, resultando numa prevalência de 63,2% ( $IC_{95\%} = 57,0;67,6$ ). Em 101 boletins (31%), não havia referência a ferimentos nessas regiões. Houve 19 casos (5,8%) em que a informação não constava de forma clara (Tabela 1).

Em Salvador, a alta prevalência de 63,2% apresenta consonância com trabalhos centrados na mesma temática. A fim de possibilitar comparações, a Tabela 2 apresenta resultados de estu-

dos realizados a partir da década de 1980. Como pode ser observado, nos quase trinta anos decorridos entre o trabalho mais antigo e a presente investigação, a variação da prevalência foi oscilante, porém sempre se manteve em patamares elevados, sendo a frequência mínima 37,5% e a máxima 81%. As diferenças podem ser atribuídas à diversidade de métodos e campos de estudo.

Cotejando a prevalência de 63,2%, estimada nesta pesquisa, com a média de ocorrências anuais categorizadas como “lesões corporais” no período estudado (11.741 em cinco anos, média anual de 2.348 registros), pode-se inferir que cerca de 1.484 mulheres apresentaram algum tipo de lesão FCP, em consequência de violência conjugal a cada ano. Como esse resultado só pode ser aplicado ao universo de mulheres que recorreram à DEAM pesquisada, é cabível supor uma extensão ainda maior do problema, considerando que muitos casos não são denunciados pelas vítimas.

A análise dos registros contemplados na amostra apontou que a idade das denunciadas variou entre 18 e 56 anos, a média ficando em 30,2 anos ( $DP = 8,2$ ). Quando os dados são agregados por faixa etária, observa-se que 77,9% se encontravam entre 20 e 39 anos. Majoritariamente, as mulheres tinham a cor da pele parda (67,2%), residiam em bairros populares da cidade (67,8%) e haviam estudado entre 5 e 9 anos completos (39,6%). Quanto à ocupação, 193 mulheres (59,1%) afirmaram exercer algum trabalho remunerado, 70 (21,5%) declararam-se “do lar”, 15 (4,6%) estavam desempregadas e 22 (6,8%) eram estudantes. As informações podem ser visualizadas na Tabela 3.

Os resultados referentes à idade das vítimas, escolaridade, bairro de residência e ocupação rei-

**Tabela 1.** Frequência absoluta (*f*) e relativa (%) de lesões FCP em mulheres agredidas por parceiro íntimo. DEAM-Brotas, Salvador, 2004-2008.

Lesão FCP	<i>f</i>	%
Não	101	31,0
Sim	206	<b>63,2</b>
Sem informação	19	5,8
Total	326	100

**Tabela 2.** Prevalência de lesões FCP em mulheres vítimas de violência conjugal/doméstica.

Autor, Data	Local de realização do estudo	Fonte de dados	Prevalência de lesões FCP (%)
<b>Dourado; Noronha</b>	<b>Brasil (Salvador/BA)</b>	<b>UP*</b>	<b>63,2</b>
Saddki et al. <sup>2</sup> , 2010	Malásia (Estado de Kelantan)	SS**	74,8
Bhandari et al. <sup>27</sup> , 2006	EUA (Estado de Minnesota)	Minnesota DAP***	40,0
Rabello e Caldas Jr. <sup>3</sup> , 2006	Brasil (João Pessoa/PB)	UP	56,2
Schraiber et al. <sup>19</sup> , 2002	Brasil (São Paulo/SP)	SS	54,6
Petridou et al. <sup>21</sup> , 2002	Grécia (Atenas)	SS	62,0
Le et al. <sup>4</sup> , 2001	EUA (Portland/OR)	SS	81,0
Deslandes et al. <sup>18</sup> , 2000	Brasil (Rio de Janeiro/RJ)	SS	37,5
Berrios e Grady <sup>28</sup> , 1991	EUA (San Francisco/CA)	SS	68,0
Azevedo <sup>29</sup> , 1985	Brasil (São Paulo/SP)	UP	61,1

\* Unidade Policial / \*\* Serviço de Saúde / \*\*\* Minnesota Domestic Abuse Program.

teraram outros estudos<sup>2,3,7,18</sup>. Quanto à proporção maior de mulheres pardas e negras como denunciantes pode ser atribuída, entre outros fatores, a características sociodemográficas da capital baiana que, de acordo com o Sistema de Informação Municipal de Salvador<sup>30</sup>, possui mais de setenta por cento de sua população constituída por pessoas não brancas, especialmente as residentes em bairros populares. Nesse sentido, D'Oliveira et al.<sup>12</sup> assinalam que a associação entre a variável raça/cor e violência por parceiro íntimo, quando controlada por outras variáveis sociodemográficas, costuma desaparecer.

A Tabela 4 apresenta as informações referentes ao episódio violento que originou a denúncia. Pode-se verificar que o fato ocorreu, predominantemente, na residência da vítima (67,2%) e que 229 acusados (70,3%) conviviam como parceiros íntimos da mulher agredida, enquanto 92 deles (28,2%) praticaram o ato violento após

o laço conjugal já haver sido desfeito. Como já referido na metodologia, foram excluídos outros autores.

Os dados relativos ao local de ocorrência do ato violento e o companheiro como principal agressor também são corroborados por muitas publicações<sup>2,3,7,18,21</sup>. Parece válido observar que aproximadamente 25% das agressões se deram em ambiente externo (local ou via pública), indicando que, em muitos casos, as possíveis sanções sociais à prática da violência em presença de terceiros não se constituíram impedimento à sua ocorrência. Outro aspecto a ser considerado se refere ao fato de quase trinta por cento dos agressores não mais estarem convivendo com a vítima, o que pode sinalizar que, para a mulher, romper o vínculo com um cônjuge violento nem sempre significa por fim ao risco de sofrer violências físicas ou constrangimentos morais. Em determinadas situações, a ruptura deflagra o recrudescimento das agressões, podendo culminar, se não adotadas medidas protetivas eficazes, no assassinato da mulher<sup>31</sup>.

**Tabela 3.** Frequência absoluta (*f*) e relativa (%) quanto à faixa etária, cor da pele, escolaridade, residência e ocupação da mulher agredida. DEAM-Brotas, Salvador, 2004-2008. (N = 326)

Característica	<i>f</i>	%
Faixa etária (anos)		
18 a 19	25	7,7
20 a 29	155	47,5
30 a 39	99	30,4
40 a 49	38	11,7
50 a 59	8	2,5
Sem informação	1	0,3
Cor da pele		
Branca	33	10,1
Negra	66	20,2
Parda	219	67,2
Sem informação	8	2,5
Escolaridade (anos de estudo)		
0 a 4	26	8,0
5 a 9	129	39,6
10 a 12	124	38,0
13 ou mais	19	5,8
Sem informação	28	8,6
Residência		
Bairro popular	221	67,8
Bairro classe média	78	23,9
Sem informação	27	8,3
Ocupação		
Atividade remunerada	193	59,2
Do lar	70	21,5
Estudante	22	6,8
Desempregada	15	4,6
Sem informação	26	8,0

### Marcas visíveis e invisíveis

O processo analítico das narrativas revelou vivências singulares de vitimização, recortadas por similitudes nas percepções quanto às agressões à face. Dentre as mais recorrentes serão destacadas aqui: as repercussões das marcas oriundas da violência e os sentimentos de humilhação e vergonha gerados pelo atingimento do rosto, em particular.

A exposição a um evento traumático, via de regra, tende a desencadear respostas físicas e psí-

**Tabela 4.** Frequência absoluta (*f*) e relativa (%) quanto ao local da ocorrência violenta e vínculo entre agressor e vítima. DEAM-Brotas, Salvador, 2004-2008. (N = 326)

Informações sobre a ocorrência	<i>f</i>	%
Local do episódio violento		
Residência da vítima	219	67,2
Local ou via pública	81	24,8
Residência de terceiros	12	3,7
Residência do agressor	10	3,1
Outros locais	1	0,3
Não informado	3	0,9
Agressor (relação com a vítima)		
Parceiro	229	70,3
Ex-parceiro	92	28,2
Sem informação	5	1,5

quicas nos envolvidos, em graus diferenciados e mediadas por fatores individuais, sociais e também por aqueles concernentes ao tipo de trauma vivenciado<sup>32</sup>. Ainda que todas as entrevistadas tenham sido agredidas na face, algumas descreveram efeitos mais agudos da violência sobre sua subjetividade, independentemente das marcas serem de ordem física ou emocional:

*Eu não conseguia me ver no espelho. Eu olhei uma vez e não conseguia, porque eu num queria ver como é que eu tava. Até hoje quando eu me olho assim [...] Como é que eu vou me apresentar com uma marca no rosto e o dente quebrado? [...] o dente ainda vai restaurar, mas a marca fica [...] e por mais que num fique marcado, mas dentro da gente é pior ainda. (E – 7, 33 anos).*

A partir desta fala, pode-se considerar que o acometimento do rosto no conflito conjugal, propende a agravar as repercussões do ocorrido, dada a relevância simbólica conferida a essa região<sup>1</sup>. É o que considera Le Breton<sup>24</sup>, ao afirmar:

*O rosto é, de todas as partes do corpo humano, aquela onde se condensam os valores mais elevados [...] A alteração do rosto, que expõe a marca de uma lesão, é vivida como um drama [...] um machucado, mesmo que grave, no braço, na perna ou na barriga não enfeia, não modifica o sentimento de identidade.*

Outra informante, quando questionada sobre o trauma sofrido, traduziu em sua experiência o postulado teórico do autor:

*é muito feio no rosto. No braço a gente bota um casaco, esconde. Na perna, bota uma calça, esconde, mas aquela coisa assim, marcada no rosto, é muito feio (E – 9, 31 anos).*

Às marcas físicas, visíveis, agregam-se marcas emocionais, invisíveis, que reverberam tanto na subjetividade quanto nas relações sociais do sujeito vitimado. Ademais, as marcas faciais infligidas intencionalmente no rosto da mulher parecem se configurar como um recurso a mais do poder masculino, exercido sob a forma de violência física sobre uma área corporal de grande visibilidade e simbolizada culturalmente, segundo Le Breton<sup>1</sup>, como *una sutil hierofania cuya perdida (la desfiguración) priva con frecuencia de toda razón de vivir, fissurando profundamente el sentimiento de identidad*.

### Humilhação e Vergonha

Referências a sentimentos de humilhação e de vergonha associados às agressões faciais foram frequentes nos depoimentos. Sobre tudo a humilhação foi citada, independentemente da vio-

lência ter sido praticada diante de terceiros. Já o sentimento de vergonha esteve mais relacionado ao temor do olhar alheio sobre as marcas da violência e à projeção do julgamento moral advindo desse olhar<sup>33</sup>.

O senso de humilhação está geralmente associado a relações de poder assimétricas, nas quais uma das partes envolvidas na interação é colocada, arbitrariamente, em posição de inferioridade diante da outra<sup>34</sup>. Esta situação é nomeada como uma das formas de violência psicológica contra a mulher pela Lei Maria da Penha<sup>14</sup>, visto que provoca dano emocional e constitui ameaça à autoimagem. O sentimento de humilhação não está vinculado apenas ao julgamento externo, mas ao sentimento íntimo de rebaixamento provocado pela agressão. Uma das informantes revelou o impacto emocional ocasionado por dois tapas recebidos no rosto num dos muitos episódios de violência ocorridos em nove anos de convívio com o parceiro:

*Pesquisadora: E você acha que ele ter te agredido no rosto foi diferente do que em outra parte do corpo?*

*– Foi diferente nos dois tapas no rosto. [...] Humilhante. Foi mais do que o soco.*

*P: Você achou o tapa mais humilhante do que o soco?*

*– Mais humilhante, é. Dois tapas no rosto. Isso aí ninguém sabe, eu num contei a ninguém. [...] Eu contei a você agora. Eu nunca tive coragem de falar isso com ninguém, esses dois tapas que ele deu no meu rosto. Eu achei tão humilhante que eu não consegui falar com ninguém. (E – 8, 33 anos)*

Portanto, na concepção da informante, os tapas na face, ainda que menos cruentos do que um soco, geraram um sofrimento moral intenso, em razão da humilhação agregada ao ato em si. Na legislação brasileira, o tapa no rosto pode ser enquadrado como um crime contra a honra, sob a tipificação de “Injúria”, e, de acordo com Silva<sup>35</sup>: “A bofetada identifica-se como “Injúria Real”, pois que, aviltante como é, traz humilhação para o esbofetado”. O impedimento em compartilhar o ocorrido parece estar relacionado ao valor social negativo atribuído à agressão à face, e a possibilidade de exposição a terceiros implicaria em constrangimento ou vergonha para a ofendida.

A vergonha, segundo La Taille<sup>33</sup>: “pode ser despertada pela simples exposição, mesmo que não acompanhada de juízo negativo por parte dos observadores”. Nesse sentido, outra participante relata sua mudança de comportamento, com vistas a atrair menos atenção para o seu rosto marcado:

*Eu parei de usar batom depois disso (da cicatriz proveniente da agressão). Eu parei de usar batom. Parei porque eu acho que se eu usar um negócio aqui vai ficar mais mostrando ainda [...] vai chamar atenção. Aí, hoje eu fico com vergonha.* (E – 6, 43 anos).

A subtração do recurso estético do batom, um dos símbolos culturais da feminilidade, denota uma tentativa de evitar o olhar de outros sobre os sinais deixados pela agressão do parceiro e o possível julgamento acerca das marcas, daí o sentimento de vergonha. Evidencia-se aqui, de certa forma, uma reativização da mulher que, privada de manter seu hábito de embelezamento, padece mais uma vez em consequência da violência vivenciada.

### Invisibilidade no setor de saúde

Uma vez que todas as informantes sofreram danos faciais nos episódios de violência conjugal, a maioria necessitou de intervenção médica para tratamento dos agravos. As lesões predominantes foram escoriações, equimoses, hematomas e edemas, decorrentes de agressões nuas (sem uso de arma), a exemplo de tapas, murros ou empurrões. Houve ainda referências a fraturas dentais e lesões corto-contusas provocadas pelo uso de objeto contundente. No caso mais grave, a vítima apresentava cicatrizes de lacerações severas no rosto e pescoço, causadas pelo ataque do ex-companheiro munido de uma garrafa quebrada.

Ao relatarem a experiência que tiveram quando recorreram aos serviços de saúde para atendimento, nenhuma das entrevistadas reportou ter sido feita, por parte dos profissionais, a notificação compulsória exigida pela Lei 10.778, em vigor desde 2003<sup>36</sup>, para casos de violência doméstica contra a mulher e tampouco o encaminhamento para outros serviços da rede de atenção à mulher em situação de violência.

Esta omissão não foi percebida como tal pela maior parte das participantes, apontando para uma possível naturalização do modelo biomédico que propende a dividir os indivíduos em *soma* e *psique*, numa clivagem entre necessidades do corpo e necessidades não tangíveis, relegando estas últimas a outras competências que não as da saúde. No entanto, uma das interlocutoras revelou ter questionado o médico assistente quanto à elucidação da causa do ferimento:

*Depois que ele (o médico) suturou, eu falei assim: 'o senhor não vai perguntar a causa da sutura, não, do corte?' Aí ele: 'ah, é, tem que fazer um laudozinho aqui'. Eu falei: 'é'. Aí ele fez um laudozinho*

*lá, aí botou "agressão", também não disse o motivo da agressão.* (E – 7, 33 anos)

Esta experiência parece refletir uma realidade mais abrangente. O estudo de Schraiber et al.<sup>26</sup>, realizado em 19 serviços públicos de saúde, na cidade de São Paulo, captou 2.321 (76% do total pesquisado) casos de violência doméstica entre as usuárias. No entanto, em apenas 89 (3,8%) prontuários médicos a violência havia sido registrada. As autoras concluem que a alta prevalência de violência contra mulheres contrasta com a invisibilidade do fenômeno no setor saúde, pelo menos em termos oficiais.

A revisão de literatura feita por Bernz<sup>37</sup> aponta que a violência contra a mulher ainda se configura um grande desafio para os profissionais de saúde. Entre as limitações elencadas estão: despreparo ou falta de capacitação adequada, resistências culturais em abordar a questão com as pacientes e priorização do modelo biologicista, em detrimento dos preceitos da integralidade.

Assim, o atendimento às participantes desta pesquisa evidencia a reprodução de um padrão ainda hegemônico, de caráter reducionista, cuja competência terapêutica limita-se à prescrição de medicamentos e ao emprego de tecnologias apenas materiais. Entende-se que essa prática tende a distanciar os profissionais do reconhecimento da violência conjugal como questão de saúde, bem como a obstaculizar os esforços empreendidos por alguns setores da sociedade em dar visibilidade à violência conjugal, a qual, historicamente, tem sido vinculada ao domínio privado<sup>10,18,25,37</sup>.

### Considerações finais

Os resultados deste estudo, associados a algumas produções acadêmicas na mesma temática, apontam para a importância do acometimento da face feminina, nas relações amorosas violentas, tanto em razão de sua alta prevalência, como pelas sérias repercussões à vida das vítimas. Acrescenta-se ainda, em relação à frequência, que dados recentes, fornecidos pela DEAM pesquisada, mostram que entre 2009 e 2013, a média de registros referentes a “lesões corporais” continuou bem próxima daquela encontrada no presente trabalho, a saber, em torno de 2.500 ocorrências a cada ano<sup>38</sup>.

Com base na estimativa aqui levantada, há grande probabilidade de, anualmente, cerca de mil e quinhentas denunciadas desta unidade policial apresentarem lesões FCP provocadas por parceiro íntimo, expondo necessidades substan-



tivas a serem respondidas pelas diversas esferas de assistência tocantes ao fenômeno.

Para além desses aspectos, chama atenção a proporção de ex-parceiros como autores das agressões denunciadas, indicando a condição de risco a qual algumas mulheres se expõem ao tentarem por fim à relação conflituosa. Davies et al.<sup>31</sup> argumentam que esta situação pode decorrer de fatores individuais e, principalmente, socioculturais, que modulam relações assimétricas de poder entre os gêneros, nas quais o par masculino continua a nutrir sentimentos de controle e de direitos sobre a mulher, mesmo após o fim do relacionamento. As autoras também afirmam que o *stalking* (um tipo mais ostensivo de assédio), bem como o risco de feminicídio é maior quando o agressor é um ex-parceiro do que durante a coabitação.

No que concerne às implicações subjetivas da violência enfocada nesta pesquisa e reveladas nas falas das informantes, ficou evidente o sofrimento emocional associado às marcas visíveis e invisíveis deixadas pelo abuso sofrido. Nesta perspectiva, Dourado e Noronha<sup>22</sup> citam a violação da beleza facial (atributo extremamente valorizado na sociedade ocidental moderna), a depreciação da autoimagem e a ameaça à identidade pessoal como alguns dos agravantes deste tipo de vitimização. Ainda no mesmo sentido, Halpern<sup>16</sup> sugere que as marcas deixadas podem figurar como lembranças visíveis do sofrimento, potencializando as sequelas do trauma vivido. Ou seja, o fenômeno em estudo indica haver um imbricamento de necessidades físicas e emocionais, demandando acompanhamento articulado de dife-

rentes esferas de cuidado. Em casos semelhantes aos destacados neste trabalho, as necessidades em saúde, muitas vezes, requerem atuação multidisciplinar por parte de médicos (emergencistas, cirurgiões plásticos, ortopedistas, entre outros), odontólogos, fisioterapeutas e psicólogos que tenham sido sensibilizados e capacitados a lidar com vítimas de violência conjugal.

Além da articulação necessária para uma assistência pautada na integralidade em saúde, considera-se que as demandas das vítimas desse tipo particular de violência, por ultrapassarem os limites da saúde, requerem ações em rede que incluam as áreas da segurança pública e do judiciário. Nesse tocante, é fundamental que o fluxo intersetorial de atendimento à mulher em situação de violência possa se dar de forma concatenada entre os distintos pontos da rede, evitando a fragmentação da assistência e contribuindo para a resolutividade e efetividade das ações.

Por fim, é imperativo dar visibilidade às dimensões objetivas e subjetivas da vitimização feminina no âmbito conjugal e que, no setor saúde, em especial nas emergências e unidades básicas, mulheres que apresentem traumas faciais não acidentais e indicativos de violência por parceiro íntimo, sejam inquiridas acerca da origem dos agravos e, nos casos confirmados, proceda-se o encaminhamento para outros pontos da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. A prevenção de reincidências e a minimização das reverberações negativas evidenciadas neste trabalho devem ser repensadas no cotidiano das práticas nos serviços.

## Colaboradores

SM Dourado trabalhou na concepção e execução da pesquisa, na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. CV Noronha orientou a dissertação de mestrado que originou o artigo, colaborou na análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

## Referências

1. Le Breton D. El rostro y lo sagrado: algunos puntos de análisis. *Universitas Humanistica* 2009; 68:139-153.
2. Saddki N, Suhami AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health* 2010; 10:268.
3. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Lesões faciais de mulheres agredidas fisicamente, Paraíba, Brasil. *Odontologia Clin Científica* 2006; 5(4):321-325.
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. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Elisberg M, Heise L, Watts C. *Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence*. Geneva: WHO; 2006.

6. Waiselfisz JJ. *Mapa da Violência 2012. Atualização: Homicídios de mulheres no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari; 2012.
7. Silva ACLG, Coelho EBS, Njaine K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1255-1262.
8. Heise L. Gender-based Abuse: The global epidemic. *Cad Saude Publica* 1994; 10(Supl. 1):135-145.
9. Grossi MP. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal. In: Pedro JM, Grossi MP, organizadores. *Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade*. Florianópolis: Ed. Mulheres; 1998. p. 293-313.
10. Izumino WP. *Justiça para todos: os Juizados Especiais Criminais e a violência de gênero* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
11. Ramos MD. Reflexões sobre o processo histórico-discursivo do uso da legítima defesa da honra no Brasil e a construção das mulheres. *Rev Estud Fem* [periódico na internet]. 2012 abr [acessado 2014 jul 19]; 20(1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026-2012000100004X&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026-2012000100004X&lng=en&nrm=iso)
12. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, Luderemir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica* 2009; 43(2):299-310.
13. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; maio:75-89.
14. Brasil. Lei 11.340/2006, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2006; 8 ago.
15. Garcia LP, Freitas LRS, Silva GDM, Hofelmann DA. Feminicídios: a violência fatal contra a mulher. IPEA [publicado na Internet]. 2013 [acessado 2013 Set 29]: [cerca de 5p.]. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925\\_sum\\_estudo\\_feminicidio\\_leilagarcia.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_feminicidio_leilagarcia.pdf)
16. Halpern LR. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral maxillofacial Surg Clin North Am* 2010; 22(2):239-246.
17. Sheridan DJ, Nash KR. Acute Injury Patterns of Intimate Partner Violence Victims. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(3):281-289.
18. 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 Saude Publica* 2000; 16(1):129-137.
19. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2002; 36(4):470-477.
20. Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2009; 14(2):595-604.
21. Petridou E, Browne A, Lichter E, Dedoukou X, Alexe D, Desypris N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. *Injury Prevention* 2002; 8(3):197-201.
22. Dourado SM, Noronha CV. A face marcada: as múltiplas implicações da vitimização feminina nas relações amorosas. *Physis* 2014; 24(2):623-643.
23. Gironde MW, Lui A. Social support and resource needs as mediators of recovery after facial injury. *Oral Maxillofacial Surg Clin North Am* 2010; 22(2):251-259.
24. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes; 2006.
25. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
26. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica* 2007; 41(3):359-367.
27. Bhandari M, Dosanjh S, Tornetta P, Matthews D. Musculoskeletal manifestations of physical abuse after intimate partner violence. *J Trauma* 2006; 61(6):1473-1479.
28. Berrios DC, Grady D. Domestic violence – risk factors and outcomes. *West J Med* 1991; 155(2):133-135.
29. Azevedo MA. *Mulheres espancadas: a violência denunciada*. São Paulo: Cortez; 1985.
30. Salvador. Prefeitura Municipal. Sistema de Informação Municipal de Salvador (SIM). [acessado em 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.sim.salvador.ba.gov.br/indicadores/index.php>
31. Davies L, Ford-Gilboe M, Hammerton J. Gender inequality and patterns of abuse post leaving. *J Fam Viol* 2009; 24(1):27-39.
32. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(Supl. 1):12-16.
33. La Taille Y. O sentimento de vergonha e suas relações com a moralidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2002; 15(1):13-25.
34. Hartling LM, Luchetta T. Humiliation: Assessing the impact of derision, degradation, and debasement. *The Journal Primary Prevention* 1999; 19(4):259-278.
35. Silva DP. *Vocabulário Jurídico*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense; 2001.
36. Brasil. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União* 2003; 25 nov.
37. Bernz IM. Desafio da violência doméstica para profissionais da saúde: revisão da literatura. *Saúde & Transformação Social* 2012; 3(3):105-111.
38. Bahia. Secretaria de Segurança Pública (SSP/BA). Delegacia Especial de Atendimento à Mulher. *Relatório Estatístico 2002-2013*. Salvador: SSP/BA; 2014.

Artigo apresentado em 28/11/2014

Aprovado em 28/01/2015

Versão final apresentada em 30/01/2015