



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**CAMILA QUEIROGA DE PAULO
MATHEUS ANDRADE ROCHA**

**A PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**CAMILA QUEIROGA DE PAULO
MATHEUS ANDRADE ROCHA**

**A PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Eliane Patricia Lino Pereira Franchi.

**PORTO NACIONAL – TO
2018**

**CAMILA QUEIROGA DE PAULO
MATHEUS ANDRADE ROCHA**

**A PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Artigo Científico submetido ao Curso de Medicina da FAPAC/ITPAC PORTO NACIONAL, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dra. Eliane Patricia Lino Pereira Franchi.

Artigo Científico apresentado e defendido em ___/___/_____ e aprovado perante a banca examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dra. Eliane Patricia Lino Pereira Franchi

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Orientador

Prof. Esp. Tathiana Nascimento Marques

Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto LTDA – Examinador

Me.Silene Livia Aires de Oliveira

Universidade Federal do Tocantins – Examinador

PORTO NACIONAL – TO

**A PERSPECTIVA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE
 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E PROMOÇÃO DA SAÚDE.**

**THE PERSPECTIVE OF COMMUNITY HEALTH AGENTS ON DOMESTIC
 VIOLENCE AGAINST WOMEN AND HEALTH PROMOTION.**

Camila Queiroga de Paulo¹

Matheus Andrade Rocha¹

Eliane Patricia Lino Pereira Franchi ²

¹ Acadêmicos do Curso de Medicina – Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos

² Enfermeira e Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista
 Júlio de Mesquita Filho - UNESP; Professora da Universidade Federal do Tocantins- UFT e
 do Instituto Tocantinense Presidente Antonio Carlos – ITPAC.

RESUMO: Introdução - A violência doméstica de gênero é um problema social, político, econômico e de saúde pública, e enraizado nas condições de desigualdade de gênero que produz consequências importantes na vida e na saúde da mulher e de sua família. **Objetivo**- compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) e as práticas de promoção à saúde voltadas à assistência das mulheres em situação de violência doméstica de gênero, no município de Palmas-TO. **Metodologia** - uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada em dois Centro de Saúde da Comunidade do município de Palmas-TO, com seis agentes comunitários de saúde através da realização de uma entrevista semi-estruturada e análise temática. **Resultados e Discussão** - os agentes de saúde apresentam dificuldade em conceituar a promoção da saúde e a confusão com o termo prevenção; a perspectiva sobre violência doméstica não está bem clara e definida; os discursos empregados pelos ACS em suas entrevistas dão conta de que a violência doméstica tem importante impacto na vida da mulher; ausência de protocolos de assistência à mulheres vítimas de violência; sentimento de medo por parte das vítimas e profissionais de saúde. **Conclusão** - o estudo remete à necessidade de programas de capacitação de ACS, no atendimento/enfrentamento da violência doméstica em mulheres do município de Palmas-TO.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Promoção da Saúde. Violência Doméstica.

ABSTRACT: Introduction –Domestic violence of gender is a social, political, economic and public health problem, rooted in the conditions of gender in equality

that as important consequences on the life and health of women and their families. **Objective** – to understand the perception of community health agents (CHA) and health promotion practices aimed at the assistance of women in situation of domestic violence of gender, in the municipality of Palmas-TO. **Methodology** - a qualitative research carried out in two Community Health Center of the municipality of Palmas-TO, with 6 community health agents through a semi-structured interview and thematic analysis. **Results and Discussion** – health agents have difficulty in conceptualizing health promotion and confusion with the term prevention; the perspective on domestic violence is not clear and definite; the discourses used by the CHWs in their interviews indicate that domestic violence has an important impact on women's lives; absence of protocols for assistance to women victims of violence; feelings of fear on the part of victims and health professionals. **Conclusion** – the study refers to the need for ACS training programs in the care / coping of domestic violence in women in the municipality of Palmas-TO.

Keywords: Community Health Workers. Domestic Violence. Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres produz consequências importantes na vida e na saúde da mulher e de sua família. É um problema de proporções pandêmicas que tem atravessado períodos históricos, nações e fronteiras territoriais, bem como interpõe diversas culturas, independentemente de classe social, raça/ etnia ou religião. Nesse sentido, faz-se necessário buscar estratégias que contribuam para uma vida sem violência, baseada na construção de um modelo de convivência, solidariedade e coesão social em prol da produção de relações saudáveis entre as pessoas. Organizações como a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e mesmo a Declaração Universal dos Direitos Humanos demonstram a necessidade de que as violações de direitos sejam visualizadas e combatidas internacionalmente.

A violência doméstica de gênero realizada contra as mulheres é um problema social, político e econômico, e sua ocorrência está diretamente relacionada às condições de desigualdade de gênero predominantes nas sociedades. Em se tratando de gênero, as relações entre homens e mulheres não são apenas como indivíduos biologicamente sexuados, mas como sujeitos sociais dotados de identidade e atribuições socialmente construídas e relacionais. Gênero constitui o conjunto de referências que estruturam a organização material e simbólica de toda a vida social, produzindo atitudes e comportamentos baseados nas diferenças de poder e nas desigualdades de valor entre os homens e as mulheres (SCHRAIBER, 2009). Scott (1986) apresenta a categoria gênero em uma

perspectiva fundamentalmente social para designar as relações entre os sexos a partir de duas proposições relatando que um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder.

Em 2006, no Brasil, foi criada a Lei Maria da Penha (LMP), Lei 11.340 de 2006, ação afirmativa, que visa coibir a violência contra as mulheres a partir da organização de serviços assistenciais às mulheres em situação de violência, a responsabilização dos agressores e a criação de campanhas que incentivem a denúncia dos episódios de violência. A violência doméstica de gênero é definida pela Lei Maria da Penha como "qualquer ação ou omissão baseada em gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher". Apesar desse amparo legal, o número de mulheres em situação de violência ainda é elevado. As medidas propostas pela LMP ainda se mostram insuficientes, pois o medo e a vergonha, em conjunto com a precariedade da assistência em muitos serviços da rede, contribuem para a manutenção do silêncio, da impunidade e da violação dos direitos das mulheres (MOREIRA, 2011).

De 2011 a 2013 ocorreram 17.581 óbitos de mulheres por agressões, o que corresponde a uma taxa de mortalidade anual de 5,87 óbitos por 100 mil mulheres. Estudos apontam que 70% dos incidentes acontecem dentro de casa, e o agressor, na maioria das vezes, é próprio marido ou companheiro; mais de 40% das violências resultam em lesões corporais em consequência de socos, tapas, chutes, queimaduras e espancamentos (NARVAZ, 2006).

A situação de violência doméstica produz sentimentos de medo, vergonha, isolamento social, depressão e até suicídio, fatores que impedem a mulher que sofre com a violência de procurar ajuda e relatar o problema. Muitas mulheres acabam aceitando o domínio por parte do agressor e omitem episódios de violência por medo de novas agressões, sustentando o silêncio e a permanência sob a condição de violência (DUTRA, 2013). As mulheres em período gestacional, apesar de sua condição de vulnerabilidade, também sofrem a violência doméstica; cerca de 13% das mulheres relataram aumento da frequência ou severidade da violência durante o período gestacional (TERRA, 2017).

Nos serviços de saúde, principalmente da Atenção Primária à Saúde (APS), a violência doméstica se mostra implícita, não sendo a queixa principal que leva as mulheres às unidades de atendimento, porém, a violência é trabalhada pelos

profissionais de saúde apenas quando estas pedem diretamente ajuda, ou mediante a presença de crianças na família que sofrem as consequências da violência sofrida pelas mulheres (TERRA, 2017).

As Unidades de Atenção Básica (UBS) ainda são fundamentais para o trabalho com a violência doméstica no território por dispor de contato aproximado com as famílias, pelo vínculo estabelecido e pela responsabilidade na assistência longitudinal e na coordenação do cuidado às pessoas do território. Nesse sentido, apesar de toda essa proximidade há dificuldade em trabalhar o tema da violência como transversal e de responsabilidade direta também do setor saúde. Nesse sentido, tomou-se neste estudo a perspectiva da promoção da saúde como caminho possível para que essa temática possa ser trabalhada na APS, compreende-se a Promoção da Saúde como sendo um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, em âmbito individual e coletivo, com intuito de atender às necessidades sociais de saúde e assegurar a melhoria da qualidade de vida da população, sob a proposta de trabalhar a prevenção da violência, a promoção de saúde e o enfrentamento da violência reconhecendo esse problema social como um impeditivo para o bem viver das pessoas do território.

Essa proposta é possível de ser pensada e trabalhada no âmbito da saúde, pois, no Brasil, a saúde foi reconhecida como um direito social por meio da Constituição Federal de 1988, a ser garantida como um direito do cidadão a partir da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, igualitário e equânime. No SUS, a saúde não é compreendida como ausência de doenças, mas sim como dependente das condições sociais, culturais e econômicas de um país. Nesse sentido, o Brasil se compromete a trabalhar sob a perspectiva da promoção da saúde, compromisso constitucional do SUS, sob a concepção expressa na Carta de Ottawa, documento em que 35 países ratificaram de modo a buscar superar as iniquidades em saúde, garantindo oportunidades para que todos os cidadãos participem da produção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

A partir de 2004, por meio da portaria MS/GM nº. 936 de maio de 2004, o ministério da saúde instituiu a Rede Nacional de Prevenção, de modo a buscar o enfrentamento da violência a partir da implantação de “Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde”, para que os casos sejam visibilizados, notificados e que seja melhorada a qualidade da informação para que haja comprometimento dos diferentes níveis da gestão no enfrentamento do problema (CONASS, 2008).

Apesar disso, os serviços de saúde, em geral, não apresentam condições técnicas e organizativas para atender a essa demanda específica, além do constante sentimento de impotência por parte dos profissionais de saúde mediante os casos que aparecem na UBS, condição contrária ao esperado destes serviços, que deveriam funcionar como instâncias de reflexão e articulação de estratégias para o enfrentamento da violência a luz da promoção da saúde (ANDRADE, 2008).

Diante dessa problemática este estudo objetiva compreender a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) e as práticas de promoção à saúde voltadas à assistência das mulheres em situação de violência doméstica de gênero, no município de Palmas- TO.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. O campo de estudo foram dois Centros de Saúde da Comunidade (CSC), do município de Palmas, estado do Tocantins, sendo uma unidade localizada na região norte e outra na região sul da cidade. O período de coleta de dados de agosto a outubro de 2018. Os sujeitos da pesquisa foram os ACS que estavam trabalhando há mais de seis meses no CSC estudado, totalizando seis agentes. O critério de saturação dos dados foi utilizado para o recorte empírico da pesquisa, devido a constância das informações.

Por envolver seres humanos, esse estudo atendeu os critérios estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/12 que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi aprovado inicialmente à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CEULP/ULBRA (CAAE:94938418.2.0000.5516). Os agentes de saúde que se interessaram em participar foram convidados para a entrevista estruturada, que abordou o trabalho realizado sob a perspectiva da promoção da saúde na UBS na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero. Antes da entrevista, foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os depoimentos foram gravados e depois transcritos na íntegra, e os dados foram analisados por análise de conteúdo. Operacionalmente, essa análise se desdobra em três etapas (MINAYO, 2008; BARDIN, 1979): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra analisada é composta por seis ACS, todas do sexo feminino, sendo três trabalhadoras do CSC da região norte e três ACS da região sul do município de Palmas-TO. A média de idade foi de 42,5 anos, e média de tempo de trabalho de 12,5 anos. Duas relataram curso técnico em agente de saúde em recursos, e 4 relataram superior completo em serviço social, gestão comercial e artes e teatro.

As discussões oriundas da análise dos depoimentos dos participantes do estudo foram agregadas em três categorias temáticas, quais sejam: a compreensão sobre a promoção da saúde e sua relação no enfrentamento da violência doméstica, a percepção sobre violência doméstica de gênero e o papel do setor saúde, e as dificuldades na assistência à mulher vítima de violência.

3.1 COMPREENSÃO SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Os agentes comunitários de saúde referem à promoção da saúde como sinônimo à prevenção em saúde. Os trechos das falas, “prevenir doenças”, “antes de acontecer o problema” e “orientações”, mostram o quanto as definições de prevenção e promoção se mesclam. Deve-se atentar ao fato que esses termos apesar de estarem relacionados a estratégias da atenção básica eles não possuem o mesmo significado.

Antes que o mal chegue, a gente tem que “tá” sempre tendo esse olhar amplo na comunidade. Prevenir doenças e “tá” alerta (ACS4).

Nós vamos trabalhar com o caso a prevenção da saúde, e assim oferece serviços, antes de acontecer o problema. Então acho que esse é o principal papel, a questão da prevenção, nós levarmos a comunidade a prevenção (ACS3).

A gente trabalha na promoção, né? A prevenção, as orientações que a gente faz as pessoas (ACS5).

Prevenção está relacionada à ações e intervenções direcionadas a diminuir a incidência e impedir o aparecimento de doenças específicas em determinada população, elas são construídas através do estudo epidemiológico de agravos e doenças (CZERESNIA, 2003). Já promoção da saúde, segundo o Ministério da Saúde (2002), é um plano com ações para a produção de qualidade de vida a população de acordo com as suas necessidades. Essas ações devem ser voltadas principalmente em educação em saúde, por meio de medidas educativas que visam

a construção de conhecimento dos indivíduos para realização do autocuidado, como informações de exercícios físicos, alimentação saudável, condições básicas de higiene e medidas para cessar a violência (DEMARZO e AQUILANTE, 2008; DEMARZO, 2011). Alguns depoimentos apesar de não definirem, aproximaram dessa ilustração.

Promoção de saúde são várias ações que você consegue levar seja de orientação, seja de ajudar a pessoa a perceber que ela própria pode promover sua saúde, através da atividade física, alimentação, através de várias coisas (ACS10).

Orientando a fazer um exercício, com relação a alimentação, se você não se alimenta bem, lógico que você vai ganhar peso. Fazer alguma atividade física, porque tem muitas pessoas na nossa área, sedentárias e aí apresentam problemas de pressão alta, diabetes, colesterol alto, pessoas assim, novo de idade e já com esse problema (ACS7).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o ACS tem as seguintes atribuições: Informar aos usuários os serviços disponíveis no SUS, realizar o desenvolvimento de ações que formem um elo entre a comunidade e a unidade de saúde e a identificação de situações de agravo e risco à população. Todos os entrevistados se reconhecem nesse papel, entretanto relatam a dificuldade de identificar os casos de violência doméstica, e referem que quando oportuno, elas conversam com a população sobre o tema, tentando esclarecer algumas dúvidas e estimularem a denúncia.

Então primeiro passo é identificar..que é muito difícil, [...], mas uma vez que isso acontece, a gente deve procurar orientar dos direitos que ela tem mediante a Lei Maria da Penha e enfim, tudo mais. Olha primeira coisa que eu ia orientar é pra ela procurar a delegacia (ACS3).

A gente quando detecta, né? Como fala? É a gente vê até um apanhado disso na semana passada. A gente vê que a mulher "tá" sendo maltratada ou o marido "tá" batendo nela, nos "filho", se a gente desconfiar, como que fala? A gente tem que notificar, a gente "tá" fazendo isso esses dias (ACS7). Nosso papel na saúde é isso, conversar, orientar e, às vezes, chega ao ponto de ter que denunciar, né? A pessoa vai não denuncia. Aliás, tem que fazer, né? Foi, detectou, orientou, fez todos os caminhos, [...]. Tem que ter coragem, enfrentar mesmo (ACS10).

Apesar dos ACS relatarem orientar sobre a Lei Maria da Penha, quando questionados sobre o conhecimento sobre a Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006, ea articulação da unidade de saúde com outros setores públicos de assistência à vítima de violência doméstica, faltou maior conhecimento, o que tornou as falas vagas.

Só falei que existe essa lei e que elas podem estar procurando (ACS3).

Sim, pergunto se conhece e aí (risos), o pouco que eu conheço. E oriento (ACS5).

Na verdade não, eu conheço a Lei, mas chegar assim durante minhas visitas estar abordando sobre assunto.. Eu nunca fiz (ACS9).

Conheço sim, acho que assim, específico da Maria da Penha não, mas assim talvez mais dos órgãos, né? Que protegem, do que não deve acontecer a violência (ACS10).

A Lei Maria da Penha foi criada em 7 de agosto de 2006 com o intuito de criar mecanismos para impedir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher.

A questão da violência doméstica ultrapassa a esfera física, psicológica, e comunica-se com a esfera jurídica. Trata-se de uma questão social com significância política e, certamente por isso, conversa intimamente com questões jurídicas, semânticas e conceituais, entre tantas outras (MACHADO, 2013).

Muitos agentes comunitários de saúde mencionaram que existe a articulação entre os serviços, mas não conseguem descrever como.

Essa mulher tem que notificar, geralmente a enfermeira, a médica, né? Então, faz essa notificação. Na minha parte eu posso tá direcionando e alertando essa mulher [...] Mas chegou uma aqui é papel do profissional, né? Se ele identificou, mesmo que a pessoa não abriu, mas se é uma coisa bem visível, tem que notificar e fazer os encaminhamentos (ACS4).

Olha, eu não sei, porque eu nunca vivenciei, mas pela lógica, pra procurar, vai ligar, eu até ouvi falar, tem que ligar (ACS5).

A gente teve até umas orientações, ela deu até uns telefones pra gente [...], no caso, fora a Lei Maria da Penha que a gente pode “tá” ligando e denunciando, tem esse abrigo Flor de Liz que diz que acata mulher (ACS7).

Foi nessa semana passada, essa da capacitação, ela até passou telefone de contato, quais são... Esse é responsável pela violência contra o idoso, contra a criança, e a gente tem toda essa relação com o telefone (ACS9).

Apesar do conhecimento de que existe esse processo de articulação com outros serviços, a forma que é feita ainda deixa dúvidas. A equipe multiprofissional de saúde precisa estar preparada para assegurar uma assistência qualificada às vítimas da violência doméstica, sendo capazes de identificar os casos e conduzi-los de forma criteriosa e unificada. Em função disso, os profissionais devem possuir conhecimento acerca do funcionamento dos órgãos e setores que podem dar suporte e resolução nos diversos tipos de violência. O acolhimento e a escuta adequada devem ser ferramentas fundamentais no trabalho do profissional da área da saúde, a vítima de violência precisa estar segura do trabalho do profissional que está se oferecendo para prestar ajuda, com intuito de amenizar os impactos da violência na vida das mulheres (GUIMARÃES et al., 2018).

De acordo com Lima e Pacheco (2016), a falta de informação de protocolos e de educação sobre o tema, é um obstáculo para a assistência, pois a falta de conhecimento sucinta insegurança.

Em geral as falas evidenciaram a ausência de ações específicas para o enfrentamento da violência doméstica, e quando são relatadas não são permanentes e abordadas inespecificamente e em palestras com outras temáticas.

É palestra já, não direto, mas palestra onde é orientado a comunidade nas questões de violência, o que eles devem fazer, porque não pode ficar impune [...] (ACS5).

[...] Ações específicas aqui pra isso [...] Eu não me lembro se já teve (ACS9).

Algumas citaram que existem ações na unidade de saúde relacionadas ao atendimento psicológico para aquelas mulheres que comunicam a violência aos profissionais do CSC.

Psicóloga pra visitar aquela mulher, né? Psicóloga tem a estratégia dela, né? Ela pode melhorar esse olhar da gente, Né? (ACS4).

Assistência assim, a gente já passou os casos para a psicóloga, tem a assistente social [...] (ACS7).

A assistência psicológica é uma intervenção essencial no contexto da violência doméstica, essa política de saúde garante às vítimas uma forma de auxílio para superar os traumas sofridos e através de um atendimento especializado modificar a sua vida (PORTO-CRUZ e BUCHER-MALUSCHKE, 2012). Mas segundo Boarini (2008), o atendimento psicológico é mais eficaz quando conta com uma equipe multiprofissional, mas nem todas Unidades Básicas de Saúde têm psiquiatras e assistentes sociais trabalhando em conjunto com esses profissionais, prejudicando essa assistência já que algumas condutas como prescrições de medicações não podem ser realizadas pelo psicólogo.

3.2 A PERCEPÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DE GÊNERO E O PAPEL DO SETOR SAÚDE

Assim como estudos prévios (ROCHA, 2007), os ACS demonstram definições abstratas, dispersas e fragmentadas sobre a violência doméstica. As falas revelam que a maioria sabe identificar uma violência sofrida pela mulher, mas encontram dificuldade em defini-la ou classificá-la.

[...] não só bater, tem a tortura psicológica [...] (ACS4).

[...] é tudo aquilo que se acomete dentro do lar, que é um ato de violência, desde gritar [...] desde a mais simples pra mais grave (ACS9).

[...] violência doméstica não é só um tapa, é uma palavra, é qualquer atitude que venha menosprezar nós mulheres é um ato de violência. E o que fica visível, às vezes, é o tapa, a agressão, porque fica visível, mas muitas vezes tem mulheres que sofrem a violência ali só no falar, quando o homem trata ela diminuindo, é uma violência também, não é só violência psicológica, é financeira, tudo isso (ACS10).

a gente tá sempre orientando, tendo esse cuidado de esclarecer, não que a gente quer virar conflito, mas que aquela violência não pode ficar ali calada. Que ali pode afetar aquelas crianças que estão vendo, ter uma vida totalmente diferente, ter um futuro vendo aquela forma de o homem ser com a mulher (ACS4).

Nos relatos das entrevistadas, fica claro que a violência doméstica nem sempre é bem compreendida e bem conceituada pelos ACS. O termo vem sendo construído socialmente ao longo da história dos povos, em que a figura masculina busca sobrepor-se a feminina a partir do estabelecimento de uma relação de poder e autoridade.

Yves (1989) traz a origem da palavra violência, segundo ele esta se origina do latim “violentia”, significando violência, sob caráter violento, força. Todo ato de violência contribui para impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos, pois toda pessoa que violenta a outra não reconhece esta como ser humano e cidadão de direitos (KOLLER, 2004). Ainda sobre violência, Chauí (1985), refere que esta é uma relação sem simetria, sem hierarquia de poder, objetivando dominar, explorar e oprimir. Silva, Coelho e Caponi (2007) fazem referência ao termo “violências domésticas”, no plural, indicando sua utilização para violências que ocorrem no âmbito familiar ou doméstico, entre quaisquer membros da família e se referem a diversas formas de violência que podem ocorrer nesse espaço.

A Declaração da Eliminação da Violência contra as Mulheres foi aprovada em 1993, na Assembleia Geral das Nações Unidas. Esta define como “violência de gênero” a violência sofrida pelas mulheres, pelo fato de serem mulheres, em relações desiguais de poder na sociedade (SCOTT, 1986). A Declaração relata que, os abusos que as meninas e as mulheres sofrem, independentemente da situação ou local da ocorrência, são, na maioria das vezes, decorrentes da condição de subordinação das mulheres aos homens na sociedade.

Adeodato et al. (2005) vislumbram as consequências da violência sofrida pelas mulheres em suas vidas pessoais. O relacionamento conjugal acompanhado por violência pode gerar inúmeras consequências na vida da mulher afetada, dentre elas, a baixa autoestima e a falta de perspectiva de futuro. Ambas produzem

problemas emocionais devastadores, muitas vezes irreparáveis e impactos graves sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher.

A violência gera diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. A violência conjugal tem sido associada a maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, cefaléia, distúrbios gastrintestinais, sofrimento psíquico em geral, inclui-se mortes por homicídios, suicídios ou a ideação suicida, além de doenças sexualmente transmissíveis, doenças cardiovasculares e dores crônicas (SCHRAIBER et al., 2007).

Em se tratando das diferenças entre as violências sofridas pelos gêneros, evidenciou-se uma disparidade entre homens e mulheres, onde a mulher, apesar de toda a evolução social ao longo dos anos, ainda é vista como o sexo frágil, muitas vezes em função da própria diferença anatômica que acaba conferindo mais força bruta ao homem do que à mulher. Os ACS referem a diferença entre a violência sofrida por homens x mulheres.

[...] os homens saem muito, mais é a violência que eles sofrem na rua, às vezes, tem conflito, mas de homem pra homem (ACS4).

[...] o homem, sei lá, ele é mais violento, a mulher [...] pode até maltratar, acho que, às vezes, muitas vezes com palavras (ACS7).

[...] o homem ainda tem a força, né? Então, ao meu ver, ele ainda ta um pouquinho por cima. Em casa quem pratica a violência é mais o homem [...] talvez o homem fique mais suscetível a violência de brigas (ACS10).

Os depoimentos acima permitem depreender que os homens comumente praticam a agressão física a mulher. A violência deferida pela mulher contra o homem é, na maioria das vezes, verbal. Ainda que quando o homem sofre violência física, está intimamente ligada às suas desavenças com outros homens dentro da sociedade. Pouco se fala sobre violência doméstica sofrida pelo homem contra a mulher.

As desigualdades de gênero têm impacto de maneira negativa nas relações interpessoais e afetivas, nos ciclos sociais, no acesso aos direitos e nos processos de reprodução social traduzidos nos modos de vida e trabalho das mulheres. Giffin (1994), Schraiber et al., (2002) e Schraiber, d'Oliveira, Couto et al., (2007) relatam que estas desigualdades sociais podem desencadear situações de violência por diferentes formas. Há diferença na vivência de violência por homens e mulheres; enquanto a maioria dos homens são vítimas de violência no cenário público, a violência sofrida pelas mulheres se dá, em sua grande maioria, no ambiente

doméstico, ocasionada principalmente pelo parceiro ou ex-parceiro, sob condições severas e repetitivas.

A naturalização da violência doméstica por parte de algumas mulheres gera um não reconhecimento de que estão sofrendo a violência. Elas acabam acreditando que as condutas violentas desferidas por parte dos companheiros devem ser aceitas frente a sua posição de dominação masculina na relação do casal (HESLER et al., 2013).

Quanto às implicações à saúde da mulher oriundas da violência doméstica sofrida por elas. Os ACS, apesar de nem sempre conseguirem especificar com clareza quais as principais consequências dessa violência, foi unânime a concordância de que a violência acarreta muitas situações ruins para a saúde da mulher, pode-se observar em:

Vários fatores psicológicos, principalmente psicológicos, mas físicos também, quando tem agressão física, a questão da autoestima, até questão de suicídio também. Abandono do lar, dos filhos (ACS3).
O psicológico da pessoa sempre fica abalado, é algo que vem a procura de muitas vezes não sabe o que fazer e nem a quem procurar. (ACS5).
Impacta em tudo, impacta na vida em sociedade, impacta no viver dela diário. Por exemplo, uma mulher que assim fica com o psicológico mais abalado, fica mais frágil, ela não se importa com ela. Muitas questões. Impacta no lar, na convivência com os filhos (ACS10).

Os discursos empregados pelos ACS em suas entrevistas dão conta de que a violência doméstica tem repercussão na vida da mulher, de várias maneiras. Guimarães (2018) corrobora o exposto assegurando que a violência infligida em desfavor da mulher vai além dos aspectos físicos e resulta, na maioria das vezes, em agravos a saúde mental descrito em muitas situações pela diminuição da autoestima, sendo considerada, por muitos profissionais como uma consequência silenciosa, que tem repercussão avassaladora em relação aos agravos à saúde da mulher.

As mulheres sofrem agressões, dentro de relações afetivas, que desencadeiam distúrbios que vão além das lesões corporais deixadas pelo ato violento. Em muitas situações, a vítima leva consigo marcas subjetivas que extrapolam o sentido que as lesões físicas podem ter deixado. Assim sendo, pode-se concluir que as mulheres vítimas de agressões corporais carregam uma carga de sofrimento que atinge a sua subjetividade (DOURADO e NORONHA, 2014).

No que se refere à violência psicológica, as vítimas acabam sofrendo humilhações e xingamentos por parte dos companheiros que, com o objetivo de

denegrir a imagem da mulher, cometem esse tipo de agressão. Esse tipo de violência compromete a saúde psicológica da mulher, desencadeando para vítima um sofrimento intenso, encaminhando-a para construção de crenças de desvalorização e auto depreciação, gerando assim, o comprometimento da sua autoestima (FONSECA, RIBEIRO e LEAL, 2012).

3. 3 AS DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A última categoria temática evidencia as dificuldades na assistência da violência doméstica. De acordo com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011 a problemática não é um problema isolado, mas sim um conjunto de determinantes que compreendem as relações sociais, situação econômicas, desigualdade de gênero, machismo, sentimentos de medo, culpa e vergonha.

As participantes do estudo apontaram que o principal obstáculo é o medo. A mulheres vítimas de violência se encontram em uma situação de vulnerabilidade social, na qual são construídas barreiras que dificultam o papel dos agentes comunitários e profissionais da área. A palavra “medo” foi citada com frequência em todas as entrevistas.

Medo, porque a gente vê muitas questões de crimes passionais (ACS3).
 A principal dificuldade? Essa parte em que a pessoa se esconde, e você fica “numa” saia justa. [...] Porque o mais difícil que eu acho é a mulher que sofre, mas não conta (ACS4).
 [...] Às vezes ela não quer falar, não quer se expor, porque tem muito medo, a pessoa tem medo, porque ela não confia em ninguém (ACS5).
 Eu acho que elas mesmas, elas nunca querem se abrir pra alguém. É muito raro elas chegarem e falarem pra você que elas tão sendo violentada, tão sendo agredida, tem muitas dela que, às vezes, a gente até pergunta e elas negam, não sei se é pelo medo do opressor. Não sei se tem medo de perder a vida, né? Porque tem deles que faz isso mesmo, eles obrigam, diz “se você me denunciar, eu vou te matar” e a gente “tá” vendo muitos casos (ACS7).

Nesses relatos ficou claro que as vítimas dificilmente revelam espontaneamente os episódios de agressão, mesmo estes sendo reconhecidos pelos profissionais. O medo é um sentimento frequente em situações de violência e que colocam o indivíduo em risco, e no caso das mulheres é agravado pela falta de confiança na justiça e na segurança, a ausência do apoio familiar e da comunidade, situação econômica desfavorável na qual coloca em risco a integridade dos filhos, principalmente daqueles casais com crianças pequenas e as ameaças sofridas pelo agressor (TERRA, OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2015).

A dificuldade é o medo e a proteção mesmo, não acontecer, às vezes não adianta fazer aquele caminho todo bonitinho e aí chegou lá e deu problema. Porque a mídia “ta” aí mostrando que acontece mesmo, às vezes, a mulher vai ali, denuncia, faz tudo ali certinho, bonitinho, quando vai ver, olha o final. Então assim, a gente infelizmente, vê isso todo dia acontecendo “homem matou ‘muié”, não aceitou o fim do relacionamento, às vezes, foi uma mulher que fez tudo [...] Cai tudo por terra (ACS10).
Elas pedem aquela medida protetiva, né? Aí passam uns dias, aí volta, eu sei que é complicado (ACS7).

Um problema encontrado em todas as entrevistas foi o medo do agente comunitário de saúde sofrer represália por parte dos agressores quando tentam interferir nos casos de violência doméstica. Às vezes o receio e o medo são tão grandes que os mesmos preferem não denunciar os episódios de violência identificados, mesmo sabendo que as denúncias são anônimas, porque eles são os profissionais que têm um contato direto com as famílias. Identificado nos seguintes trechos:

Então querendo ou não, eu tenho medo, mas não é a principal barreira, mas o medo está presente, mas mesmo assim nós não deixamos de dar todas as orientações, e tudo mais, quando for necessário (ACS3).
Quem violentou, acaba que nós “fica” na mira, [...] que é trabalho nosso. [...] Muito ruim, igual eu acabei de falar, é um papel nosso, mas a gente nem sabe como começar, porque a gente quer se resguardar, é complicado (ACS5).
O próprio profissional corre até risco também. A gente mora aqui na comunidade, todo mundo sabe onde a gente mora, né? O que eu faço? A gente tem que procurar sempre ter um vínculo com aquela pessoa, “tá” falando, dar exemplos que, às vezes, ela pode pegar pra ela (ACS4).
Na verdade, hoje assim, a maior dificuldade é o medo. Tipo eu vou tá a frente, eu vou denunciar e será que eu vou estar pondo minha vida também em risco. Essa é uma das minhas dificuldades, eu realmente tenho medo. Uma denuncia por mais que seja anônima e primeira pessoa que ele vai dependendo da situação. Ela vai suspeitar, imagino, do agente de saúde, né? Por mais que tenha os vizinhos (ACS9).

Nos relatos de duas ACSs foram encontrados depoimentos de situações de ameaças e confronto por parte de homens que praticam a violência doméstica que fortalecem o sentimento de medo e incerteza para realização do seu papel na comunidade de denunciar os casos vivenciados. Segue os relatos:

Teve um caso muitos anos atrás que a senhora é acamada, ela depende até de alguém pra dar comida pra ela, movimenta nada, os poucos movimentos são com a mão, e denunciaram que o esposo, também um senhor, estava maltratando ela, e ele veio me perguntar: foi você que denunciou? Eu falei não, eu falei que minhas visitas lá eu nunca presenciei, eu nunca vi, nenhum vizinho nunca falou sobre isso, né? Então como eu poderia denunciar uma coisa que não tenho conhecimento (ACS9).
Já teve alguém me procurando, eu falei “vish” pois é, e eu não falei nada, pra gente fazer as “visita”, de casa que ele “tava” no chão drogado, outras vezes eu vou, percebo, não gosto e disfarço (ACS5).

Segundo Lima e Pacheco (2016), a omissão de casos de violência contra a mulher por parte dos agentes comunitários de saúde é justificada pela carência suporte para enfrentar a situação. O medo está vinculado ao agressor. Os agentes se sentem desprotegidos para a condução da VDCM. Por estarem dentro da comunidade, o endereço desses profissionais é de conhecimento da população da região, o que intensifica a preocupação de retaliação.

Os baixos números de casos notificados podem estar relacionados a insegurança dos ACSs em denunciarem, porque trazer visibilidade ao crime pode levar a repercussões perigosas e colocam em risco tanto as mulheres vítimas de violência quanto as próprias profissionais, acarretando o sentimento de impotência (GOMES et al., 2015). Evidenciado na seguinte fala:

E tem situações que você tem que ajudar. Tipo você vai ficar do lado do agressor? Você calando, está do lado do agressor. Quando você fala, você está do lado da vítima. É complicado, porque você nunca quer ficar do lado de um agressor, mas também não quer ser agredido, então esse medo, ele existe. É uma situação bem complicada e delicada (ACS9).

4 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou identificar que a amostra de ACS entrevistada, tem dificuldade em definir os conceitos de promoção da saúde e violência doméstica, demonstram fragilidades frente à articulação e assistência a mulheres em violência, carência de ações e programas de promoção à saúde e sentimento de medo quanto à abordagem de casos de violência.

A concepção de violência doméstica apontada é ampla, com muitos significados e sentidos. Os profissionais em suas vidas diárias, são influenciadas a agir pelo modo como a violência é compreendida pelos indivíduos. A paciente “vítima de violência”, na maioria das vezes, não procura a Unidade motivado pela queixa do incidente e sim por outras queixas individuais. É necessário um olhar sempre atento do profissional de saúde, é preciso incorporar o tema a sua consulta, ao seu cotidiano de atendimentos. Trata-se de um desafio significativo, com interferências de sua concepção de violência.

A violência doméstica sofrida por essas mulheres desencadeiam muitos impactos em suas vidas. Estas estão predispostas a apresentarem muitos agravos à saúde, podendo estar relacionados às agressões físicas. Existe o importante grau de sofrimento de ordem psicológica enfrentado pelas mulheres, que acaba resultando em diminuição da autoestima da mulher e conseqüentemente um quadro

depressivo, podendo inclusive desencadear ideação suicida e ao próprio suicídio em si.

Em se tratando da questão do conhecimento da legislação de cunho penal que agrega, quando foram questionados sobre a Lei Maria da Penha, a maioria dos entrevistados não souberam ter uma posição final que esgotasse sua conceituação. Dessa maneira, explícita uma lacuna no conhecimento desses profissionais acerca do tema, que é relevante devido a seu importante papel junto à comunidade.

Em relação a articulação da assistência às vítimas de violência doméstica com outros serviços, a maioria dos entrevistados falou que existe sim essa maneira de desenvolver a assistência completa à vítima, mas não soube mencionar ao certo como esta articulação é feita. O que foi mais comentado foi a respeito de números de emergência que podem ser utilizados e o atendimento em conjunto com a unidade de psicologia da própria CSC.

O sentimento de medo do agente de saúde foi pontuado como a principal barreira para o enfrentamento da violência doméstica de gênero, ele muitas vezes se sente desprotegido e numa situação de exposição devido o contato direto com a comunidade e os agressores. Outra barreira foi a dificuldade das vítimas de se abrirem com esses profissionais relacionada ao medo dos agressores e do julgamento das pessoas daquela região.

A construção de políticas específicas contra a violência doméstica e realização de ações dentro dos Centros Comunitários de Saúde é uma forma de enfrentar esse problema de saúde pública. Foi evidenciado que normalmente esse assunto é negligenciado, dessa forma há a necessidade de educação continuada em saúde com os agentes, já que a construção de conhecimento gera confiança nesses profissionais para identificação, condução e discussão de novos casos, oferecendo assistência adequada para as vítimas.

REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, G. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n.1, p.108-113. 2005.
- BOARINI, M. L. O psicólogo e a Unidade Básica de Saúde: o desvio de rumo. **Psicologia e práticas sociais**, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 376-387, 2008.
- BRASIL. Lei n. 11.340 de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 26. Out. 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2012.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Promoção da Saúde: Documento para discussão. Brasília, 2002.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência: perspectivas antropológicas da mulher. **Zahar**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 23-62, 1985.
- CONASS. O desafio do enfrentamento da violência: situação atual, estratégias e propostas. Ministério da Saúde: Brasília (DF); 2008. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.3, p. 591-595, 2008.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. p.39-53. In: CZERESNIA, D., FREITAS, CM. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
- DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, AG. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. **Artmed**, Porto Alegre, v. 3, p. 49-76, 2008.
- DEMARZO, M. M. P. Reorganização dos Sistemas de Saúde: Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde. São Paulo: **Universidade Federal de São Paulo**, p. 11, 2011.
- DOURADO, S. M.; NORONHA, C. V. The marked face: the multiple implications of female victimization in loving relationships. **Physis**, v. 24, n. 2, p.623-43, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200016>>. Acesso em: 2 set 2018.
- DUTRA, M.L.; PRATES, P.L.; NAKAMURA, E.; VILLELA, W.V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1293-1304, 2013.

- ELIAS, M. L. G. G. R. Liberdade como não interferência, liberdade como não dominação, liberdade construtivista: uma leitura do debate contemporâneo sobre a liberdade. **Tese de doutorado**. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Uni-versidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- FONSECA, D.H.; RIBEIRO, C.G.; LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n.2, p.307-14, 2012.
- GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.2, p. 417-425, 2005.
- GOMES, V. L. O.; SOLVA, C. D.; OLIVEIRA, D. C. et al. Violência doméstica contra a mulher: representações de profissionais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v. 23, n. 4, p.718-724, 2015.
- GUIMARÃES, R. C. S.; SOARES M. C. S.; SANTOS, R. C. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Rev. Cuid.**, v.9, n.1, p. 1988-97, 2018.
- HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-60, 2010 .
- HESLER, L.Z.; COSTA, M.C.; RESTA, D.G. et al. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.1, p.180-186, 2013.
- KOLLER, S.; DE ANTONI, C. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. **Casa do Psicólogo**, São Paulo, 2004.
- LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, 2011.
- LIMA, N. J. S. O; PACHECO, L. R. Violência doméstica contra a mulher na perspectiva de agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 10, n. 5, p. 4279-4285, 2016.
- MACHADO, I. V. Da dor no corpo à dor na alma: uma leitura do conceito de violência psicológica da Lei Maria da Penha. Programa de **Pós--graduação** Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- MOREIRA V.; BORIS, G.; VENÂNCIO, N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. **Psicologia & Sociedade**, v.23, n.2, p.398 406, 2011.
- NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Mulheres vítimas de violência doméstica: compreendendo subjetividades assujeitadas. **PSICO**, Porto Alegre, v.37, n.1, p.7-13, 2006.

PORTO-CRUZ, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 297-306, 2012.

ROCHA, L. M. L. N. Casas-abrigo no enfrentamento da violência de gênero. **Veras**, São Paulo, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T.; HANADA, H.; KISS, L.B.; DURAND, J. G. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. v.41. n.3.p.359-367, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1019-1027, 2009.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20.n.2.p.71-89, 1995.

SCOTT, J. W. Gender: An Useful Category of Historical Analysis. **American Historical Review**, Bloomington, v.91, n.5, p.1053-1075, 1986.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, N. C. S. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.11, n.21, p.93-103, 2007.

TERRA, M. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social**, v. 15, n. 3, p. 109-125, 2015.

TERRA, M. F. Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde. **Tese** [Faculdade de medicina da USP, 2017.

YVES, M. A violência. **Ática**, São Paulo, 1989.