

Simone da Nóbrega Tomaz
Moreira¹

Lílian Lira Lisboa Fagundes
Galvão¹

Carmen Oliveira Medeiros Melo¹

George Dantas de Azevedo^{II}

Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde

Physical violence against women from the perspective of health professionals

RESUMO

OBJETIVO: Compreender a percepção de profissionais de saúde sobre a violência física cometida contra a mulher por parceiro íntimo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Trata-se de estudo qualitativo com 30 profissionais de três unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde no município de Natal (RN), realizado em 2006. Foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas em três núcleos temáticos: idéias associadas à violência física sofrida pela mulher, atuação dos profissionais de saúde e papel dos serviços de saúde. O roteiro das entrevistas incluiu questões referentes à percepção dos profissionais sobre relações de gênero, violência física, atuação como profissional de saúde e papel dos serviços de saúde. Foram extraídas categorias desses núcleos pela técnica de análise de conteúdo temática categorial.

RESULTADOS: Os profissionais de saúde indicaram vários fatores que influenciam situações de violência doméstica, dentre os quais machismo, baixas condições econômicas, alcoolismo e experiências anteriores de violência no âmbito familiar. Foram relatadas falta de capacitação para discutir a temática com a população e a necessidade de os serviços de saúde desenvolverem atividades educativas com essa finalidade.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam a necessidade de sistematização e efetivação de ações voltadas para humanização da assistência às mulheres em situação de violência.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher. Percepção Social. Recursos Humanos em Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

¹ Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Natal, RN, Brasil

^{II} Departamento de Morfologia. Centro de Biociências. UFRN. Natal, RN, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Simone da Nóbrega Tomaz Moreira
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Av. Gal. Gustavo Cordeiro de Farias, s/n
Petrópolis
59010-180 Natal, RN, Brasil
E-mail: simonetomaz@hotmail.com

Recebido: 28/11/2007

Revisado: 22/4/2008

Aprovado: 8/5/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To comprehend the perception of health professionals regarding physical violence against women by an intimate partner.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: This is a qualitative study performed in 2006 on 30 health professionals from three National Health System units in the city of Natal, Northeastern Brazil. Semi-structured interviews were conducted on three thematic topics: ideas associated to physical violence suffered by women; action of the health professional; and the role of health services. The series of interviews included questions on the perception of professionals about gender relations, physical violence, action as a health professional, and the role of health services. Categories were formed from these topics using the thematic content analysis.

RESULTS: Health professionals pointed several factors that influence domestic violence situations, among which are machismo, poor economic conditions, alcoholism, and previous experiences of violence in the family environment. The study group reported they did not feel qualified to discuss the subject with the population and stressed the need that health services promote educational activities with this aim.

CONCLUSIONS: The results suggest the need for systematized and effective actions aimed at humanizing health care for the battered woman.

DESCRIPTORS: Violence against Women, Social Perception. Human Health resources. Health-related Knowledge, Attitudes and Practice. Qualitative Study.

INTRODUÇÃO

A violência configura um fenômeno de múltiplas determinações. Refere-se à hierarquia de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio e aniquilamento do outro. Embora não seja uma especificidade da saúde, a violência traz impacto direto sobre a ela por meio de lesões, traumas e mortes, sejam físicas ou emocionais, representando um problema de saúde pública de graves dimensões, transversal à sociedade atual.¹⁰

Esse fenômeno constitui violação dos direitos à liberdade e de ser sujeito de sua própria história. Segundo Chauí, a violência contra a mulher resulta da dominação masculina que produz e reproduz, via ideologia, uma relação que transmuta diferença para desigualdade. Há uma condição geral de subordinação cuja ordem normativa hierarquiza papéis sociais e padrões de comportamento determinados.⁵

Analisar a violência contra a mulher como forma de violência interpessoal nas relações conjugais implica concebê-la como instrumento de poder, decorrente das desigualdades de gênero, classe social, raça/etnia e geração.

Há dois conjuntos de fatores considerados condicionantes e precipitantes da violência. Os elementos condicionantes manifestam-se por meio de opressões

perpetradas pelas desigualdades de ordem econômica, machismo, instituições discriminatórias à mulher e efeitos da educação que privilegia o gênero masculino em detrimento ao feminino. Em relação aos elementos precipitantes, destacam-se o uso de álcool e substâncias tóxicas, além do estresse e cansaço, que podem desencadear o descontrole emocional e provocar episódios de agressão.⁶

Dessa forma, as mulheres assumem papéis sociais enquanto 'cúmplices' da violência de que são vítimas, muito embora não se vincule a uma escolha consciente, e contribuem para a reprodução de sua dependência da dominação masculina.⁶

A violência doméstica é um grave problema que afeta famílias de diversos países e classes sociais.¹³ Há estimativas de 20% a 50% de violência física contra mulher perpetrada pelo parceiro pelo menos uma vez na vida em todo o mundo.¹⁵ No Brasil, um estudo realizado entre 322 usuárias de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo (SP) constatou que 34,1% haviam vivido um episódio de violência doméstica física na vida.¹⁵

No País, a partir dos anos 1980, houve maior visibilidade e respeito desse problema por meio do amplo debate da violência de gênero pelo movimento feminista,

resultando em grande sensibilização social.³ Conseqüentemente, foram criados serviços específicos, voltados para o enfrentamento do problema, como as delegacias de atendimento à mulher (DEAM), as casas-abrigo e os centros de referência com atendimento psicossocial, que têm enfocado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros no âmbito doméstico.¹⁴

A violência contra a mulher acarreta graves conseqüências para seu pleno desenvolvimento pessoal e para sua saúde, sendo considerada um sério problema de saúde pública.⁴ Essa violência reflete-se em aumento nas taxas de suicídio, abuso de drogas e álcool, incidência de problemas de saúde como cefaléias e distúrbios gastrointestinais,¹⁵ além de todo o sofrimento psíquico causado pela incapacidade da mulher para enfrentar a situação vivida. Em relação à saúde reprodutiva, a violência contra a mulher tem sido associada à gravidez indesejada, dor pélvica crônica, doença inflamatória pélvica e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a Aids.¹⁵ Ainda, haveria doenças de ocorrência tardia como a artrite, hipertensão e problemas cardíacos.¹⁶

Diante desse fato, percebe-se maior procura dessas mulheres pelos serviços de saúde, que possuem um importante papel no enfrentamento da violência, podendo atuar no reconhecimento e acolhimento da mulher antes da ocorrência de seqüelas ou incidentes mais graves.⁷

No entanto, parte considerável dos casos de violência não é identificada, tornando esse fenômeno invisível dentro dos serviços de saúde.¹⁴ Um dos motivos é a falta de capacitação dos profissionais para detectar situações de violência nas queixas apresentadas pelas mulheres. Na maior parte das vezes, os profissionais ocupam-se somente dos sintomas físicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, com forte tendência à medicalização.¹³

A relativa “invisibilidade” é reforçada pela complexidade da violência, tornando-a um agravo de difícil intervenção. Assim, muitas mulheres não contam e muitos profissionais não perguntam, até pelo limitado tempo disponível para o atendimento. Há também a concepção de que a violência doméstica é um problema privado e só pode ser resolvido neste âmbito.

Do ponto de vista estratégico, os serviços de saúde não desenvolvem ações articuladas com os serviços de atendimento psicossocial da rede de atendimento à mulher, resultando em ações independentes e ineficazes. Conhecer esses serviços e fazer os necessários encaminhamentos é um passo importante para identificação do problema e de seu enfrentamento.¹³

O objetivo do presente trabalho foi compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência física contra mulheres cometida por parceiro íntimo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em desenho de estudo qualitativo, amostra foi composta por 30 profissionais de três unidades de saúde do município de Natal (RN), distribuídos equitativamente entre as diferentes unidades. A caracterização da amostra foi obtida a partir de uma ficha de identificação com informações sobre idade, sexo, estado civil e formação profissional.

Foram realizadas entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro de entrevista que incluiu questões referentes à percepção dos profissionais diante das relações de gênero, da violência física sofrida pela mulher, da sua atuação como profissional de saúde e do papel dos serviços de saúde diante desse fenômeno.

As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a agosto de 2006, tendo sido gravadas e transcritas integralmente. Essas entrevistas aconteceram de forma concomitante à observação participante.

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo temática categorial.² Foram examinados três núcleos temáticos que corresponderam aos temas do roteiro de entrevista. A partir desses núcleos temáticos, foram organizadas categorias empíricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (processo nº 016/06), e os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos 30 profissionais de saúde entrevistados, 28 (93%) eram do sexo feminino. A média de idade desses profissionais foi de 44,9. Em relação ao tempo de formação profissional, a média foi de 17,8 anos. Os participantes trabalhavam na unidade analisada, em média, há 6,7 anos.

Dentre as categorias profissionais, 21% eram médicos, 17% enfermeiros e dentistas, 13% assistentes sociais e agentes comunitários de saúde (ACS) e 10% psicólogos e auxiliares de enfermagem. Quanto ao estado civil, 50% eram casados, 27% solteiros e 23% separados.

A partir do processo de categorização empírica, foram trabalhados três núcleos temáticos sobre violência, dos quais emergiram cinco categorias, 19 subcategorias e 159 unidades de análise, conforme Tabela.

Quanto às idéias dos profissionais de saúde sobre os fatores que influenciam situações de violência doméstica, foram relatadas como causas principais o machismo, as condições econômicas, o alcoolismo e os antecedentes familiares de violência.

O machismo foi descrito como um fenômeno no qual os homens acreditam que as mulheres têm o dever de

Tabela. Distribuição de categorias e subcategorias de violência por parceiro íntimo. Natal, RN, 2006.

Núcleo temático e categoria	Número de unidades de análise
Idéias associadas à violência física sofrida pela mulher por parte do companheiro	
Causas da agressão física	
Machismo	20
Condições econômicas	11
Alcoolismo	8
Antecedentes familiares	3
Atuação dos profissionais de saúde	
Identificação da situação de violência	
Sintomas apresentados	9
Aspectos psicológicos	12
Elas não falam	14
Atitudes dos profissionais diante da mulher em situação de violência	
Encaminhamentos	7
Acolhimento	7
Não se envolver	5
Mandar chamar o agressor	3
Papel dos serviços de saúde	
Atividades dos serviços	
Atividades educativas	15
Capacitar profissionais	9
Não sabe	3
Atendimento psicológico	6
Dificuldades dos serviços	
Falta de profissionais	6
Falta de capacitação profissional	7
Trabalhar com o agressor	3
Contato com a rede de apoio	11

servi-los e estar disponíveis para eles. Tal idéia é reforçada pelas próprias mulheres e pelos aspectos culturais vigentes, conforme se observa na expressão a seguir:

“o homem tem a idéia de que ele é superior; de que ele pode tudo, né, ele quer manter as coisas tudo do jeito dele, para isso, se precisar bater, ele bate”. (auxiliar de enfermagem)

As dificuldades financeiras foram relatadas como potenciais geradoras de situações de violência.

“acho que a agressão é também gerada pela precária situação financeira desse povo”. (médica)

O alcoolismo foi destacado como outro fator que predispõe à violência contra a mulher. A ACS acreditava

que o uso de álcool era fator causal da agressão física, enquanto, para o psicólogo, o homem não assume sua responsabilidade diante dos seus atos, justificando-o pelo fato de não estar sóbrio, tentando minimizar ou mesmo se isentar de qualquer culpa, conforme ilustrado na fala seguinte:

“a questão do alcoolismo é uma coisa que a gente sabe que aqui no bairro é muito freqüente e que leva a freqüentes violências, inclusive porque ele se utiliza do próprio álcool para agredir”. (enfermeira)

Foi relatado que pessoas que vivenciaram situações de violência doméstica na infância tendem a reproduzir o comportamento vivido,⁸ desenvolvendo estratégias agressivas para a solução dos conflitos existentes em suas famílias atuais, conforme observado na fala a seguir:

“na verdade, ele já viu o pai bater, a mãe sofrer e é assim que ele acha que deve ser. Ele não conhece outra forma para solucionar os conflitos”. (psicóloga)

Com relação à atuação dos profissionais de saúde, em geral, as mulheres agredidas pelo companheiro que procuravam os serviços de saúde apresentavam sintomas. Entretanto, elas evitavam comunicar aos profissionais de saúde sobre a situação de violência que estão vivendo. O sentimento de vergonha foi descrito como razão para não comunicar a violência, conforme relato a seguir:

“elas sentem vergonha de falar e ficam com aquele olhar distante que dá para perceber na hora, que alguma coisa está errada”. (dentista)

Por outro lado, uma boa relação de confiança no profissional permitia que este se manifestasse diante da suspeita de uma situação de violência.

“quando eu suspeito, simplesmente digo que se ela quiser ajuda pode contar comigo, umas choram e falam, outras agradecem e nada falam e eu as entendo”. (médica)

Em alguns casos, os profissionais de saúde se sentiam limitados diante da complexidade do fenômeno, encaminhando essas mulheres para os serviços especializados na rede de atendimento às situações de violência.

“a minha orientação é que denuncie e procure os seus direitos”. (assistente social)

Muitos entrevistados afirmaram que não deveriam se envolver porque poderiam correr risco de morte:

“não fiz nada, porque é até perigoso se envolver com os bandidos do bairro, pois todo dia eu venho trabalhar aqui, é melhor não se envolver”. (médica)

Por outro lado, houve profissionais que convidaram o agressor para uma conversa, acreditando que poderiam contribuir na solução do problema:

“eu mando um bilhetezinho pedindo-o para comparecer à unidade. Quem sabe poderemos nos entender”. (assistente social)

Quanto ao papel dos serviços de saúde, muitos profissionais de saúde não se sentiam preparados para discutir a questão nos serviços:

“acho que primeiro os profissionais precisariam estar preparados, porque quando a gente sai da faculdade, a gente sai preparado para o consultório, com o paciente e o ar-condicionado. Você não vê o paciente como um todo, você vê o paciente em partes”. (médica)

Essa falta de capacitação dos profissionais de saúde impede que o fenômeno da violência contra a mulher seja abordado dentro dos serviços de saúde.

“a gente não é capacitado para atender esses casos. Eu não me sinto capacitada, porque é uma situação muito delicada, muitas vezes, a gente espanta, ao invés de acolher, a gente espanta e aí não está prestando um serviço bom. Acho que a gente precisa de capacitação”. (enfermeira)

Outra dificuldade indicada foi a grande demanda dos serviços de saúde, o que impõe atendimento rápido e que esteja focalizado nos sintomas apresentados, não havendo um aprofundamento das causas. Além disso, existe um limitado número de profissionais para atender a população usuária dos serviços de saúde, comprometendo o atendimento eficaz:

“o nosso quadro de funcionários foi reduzido, daí não temos tempo para perder conversando com a paciente, na verdade, iríamos ganhar tempo. Mas, a verdade é que precisamos fazer nossas intervenções de forma rápida para que todos sejam atendidos”. (enfermeira)

DISCUSSÃO

A violência vivida pela mulher deixa seqüelas não apenas físicas, mas também psicológicas e sociais. Assim, o atendimento a essas mulheres requer uma equipe interdisciplinar que possa contemplar todos os aspectos da sua vida.

Entre os fatores responsáveis pela situação de violência vivida pela mulher, o machismo, que se refere à percepção das diferenças entre mulheres e homens como conseqüência de uma construção sociocultural, implica comportamentos violentos e desrespeitosos.¹² Para os profissionais entrevistados, a desigualdade é evidente em que o homem detém o poder, perpetuando a crença de que homens são superiores e merecem ser respeitados e obedecidos e, caso contrário, sentem-se no direito de agredir as mulheres.¹⁶

Com relação à condição socioeconômica, embora a violência esteja presente em todas as classes sociais, independentemente do nível de escolaridade e da ocupação,

observa-se que quanto menor o suporte social, maior o risco de ocorrer violência, haja vista a tendência de a mulher submeter-se mais freqüentemente ao agressor, em decorrência da falta de oportunidade de enfrentar a violência.¹⁶ As mulheres que procuram os serviços públicos de saúde são as que apresentam menos recursos externos para elucidar o problema, fato que pode justificar a percepção dos profissionais de saúde quanto a maior prevalência de violência nos níveis sociais mais baixos. Nas classes com melhores condições socioeconômicas, existe uma subrepresentação nos dados de violência denunciada em virtude da disponibilidade de recursos capazes de ocultar a violência doméstica.¹

A violência doméstica sofre influência de fatores sociais, tais como baixa escolaridade e desemprego, além de hábitos de vida como abuso de drogas ilícitas e álcool,^{8,13} sendo o álcool¹ e outros tóxicos considerados fatores precipitantes de episódios de violência.¹⁶

Quanto à atuação dos profissionais de saúde diante da violência, os resultados do presente estudo mostram que, por um lado, os profissionais têm dificuldades para identificar possíveis casos de violência e, por outro, as mulheres apresentam dificuldades de expressar a violência vivida. Todos os profissionais entrevistados apresentaram as mesmas dificuldades no que se refere à identificação, atendimento e encaminhamento das mulheres em situação de violência para os serviços especializados, reforçando a idéia de que, de forma geral, os profissionais não se sentem capacitados para lidar com este problema. Ainda, não houve distinção quanto à percepção da violência doméstica entre as diferentes profissões.

Percebe-se que existem profissionais que convidam o agressor para uma conversa, no entanto, é importante salientar que, na maioria das vezes, este tipo de atitude pode gerar mais estresse entre o casal, pelo fato de que os homens se sentem expostos e vulneráveis diante dos profissionais de saúde, podendo desencadear situações conflitantes e de agressão.

Diante da complexidade do fenômeno, acredita-se que este tipo de atitude não é suficiente para o adequado enfrentamento do problema, pois a atitude dos profissionais limita-se, geralmente, à formulação de conselhos práticos ou fórmulas genéricas, que não são capazes de sustentar mudanças de comportamento. Essa postura é decorrente das lacunas presentes na formação dos profissionais de saúde, no que diz respeito à capacitação para a relação interpessoal e para a abordagem dos aspectos ético-humanísticos que perpassam a prática profissional.

Muitos profissionais acreditam que não devem se envolver pela falta de mecanismos existentes nos serviços para intervirem diante da complexidade do fenômeno. Outra questão é a falta de formação durante a graduação para lidar com o tema, provocando situações

constrangedoras e, por não saber o que dizer, sentem-se impotentes diante da complexidade do fenômeno. Isso acontece pela ausência de linguagem comum, ou seja, a perspectiva do profissional de saúde nem sempre coincide com a perspectiva da usuária, que espera um atendimento integral, em que não apenas questões meramente sintomáticas sejam consideradas. Por outro lado, parte dos profissionais de saúde limita-se à abordagem dos aspectos estritamente orgânicos.¹⁴

Schraiber et al¹⁴ (2003) levantam as seguintes questões: Por que as mulheres não contam? E por que os profissionais não perguntam? Para essas autoras, a dificuldade está na relação médico-paciente, de forma que as mulheres não se sentem confiantes e seguras para falarem sobre o que estão vivendo.

Levando isso em consideração, organizações profissionais e organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) têm desenvolvido guias para nortear as ações de profissionais de saúde quanto à identificação, apoio e encaminhamento das vítimas.¹⁶ Tais intervenções devem considerar que a situação de violência não se extingue, suas repercussões sobre o adoecimento ou o sofrimento mental ressurgem e voltam a pressionar os serviços para novas intervenções.¹⁵

Os sofrimentos não elaborados podem ser somatizados, originando depressões ou quadros mórbidos passíveis de intervenção no campo médico.¹⁴ Adeodato et al (2005)¹ afirmam que depressão, ansiedade e sintomas fóbicos caracterizam as síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas e que 38% das mulheres que viveram situações de violência já pensaram em suicídio. Por esse motivo, há maior procura dessas mulheres pelos serviços de saúde, onde alguns casos se apresentam de forma sistemática e repetitiva, com sofrimentos permanentes e cronicados.¹⁴

Os serviços de saúde podem servir como locais de alerta na detecção de eventos violentos, promovendo ações que facilitem a identificação do problema e seu enfrentamento.¹³ Estabelecer uma relação de confiança na qual haja respeito e a paciente sinta-se acolhida e não julgada

pode ser um recurso decisivo para o enfrentamento da violência contra a mulher. A qualidade do atendimento está relacionada a uma relação solidária, respeitosa e acolhedora, que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres num momento difícil de suas vidas.¹¹

O papel dos serviços de saúde diante da violência contra a mulher inclui um conceito ampliado de saúde, que incorpora a compreensão e a mudança de atitudes, crenças, práticas e sua ação ultrapassa o diagnóstico e o cuidado das lesões físicas e emocionais.⁹

A presente pesquisa observa que, por não se sentirem preparados, gostariam de receber uma capacitação para que sua intervenção contemplasse a mulher de forma integral, valorizando seus aspectos físicos, psicológicos e sociais. Além disso, ainda existe a necessidade dos profissionais de saúde superarem suas crenças, rompendo preconceitos discriminatórios para que possam exercer suas atividades buscando assistência da melhor qualidade, sem realizar julgamentos.¹¹

Preventivamente, os serviços de saúde podem desenvolver atividades educativas. Essas atividades poderiam ser realizadas nas unidades de saúde, abordando e discutindo a temática com a população. Os profissionais entrevistados concordam com essa afirmação, acreditando que essas atividades teriam um papel decisivo no enfrentamento da violência.

Seria importante que os serviços de saúde realizassem discussões em equipes multiprofissionais, a fim de tanto aprofundar o tema quanto resgatar a visão integral do indivíduo, propiciando também maior sensibilização dos profissionais diante dos casos de violência.¹¹

Observou-se desinformação dos profissionais sobre a existência de serviços especializados para o atendimento integral a mulheres vítimas de violência. Isso pode restringir que as mulheres recebam apoio multiprofissional que as ajude a refletir sobre sua condição, levando-as a reconhecer seus direitos, resgatar sua auto-estima e, eventualmente, romper com o ciclo da violência.

REFERÊNCIAS

1. Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):108-13. DOI: 10.1590/S0034-89102005000100014
2. Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
3. Bruschi A, Paula CS, Bordin IAS. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. *Rev Saude Publica*. 2006;40(2):256-64. DOI: 10.1590/S0034-89102006000200011
4. Cavalcanti LF, Gomes R, Minayo MCS. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(1):31-9. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000100004
5. Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar; 1984. p.23-62.
6. Gregori MF. Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo: ANPOCS; 1992.
7. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):695-701. DOI: 10.1590/S0034-89102005000500001
8. Marinheiro ALF, Vieira EM, Souza L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):604-10. DOI: 10.1590/S0034-89102006000500008
9. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cien Saude Coletiva*. 1999;4(1):7-23. DOI: 10.1590/S1413-81231999000100002
10. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
11. Oliveira EM, Barbosa RM, Moura AAVM, Von Kossel K, Morelli K, Botelho LFFB, et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Rev Saude Publica*. 2005;39(3):376-82. DOI: 10.1590/S0034-89102005000300007
12. Porto M, McCallum C, Scott RP, Morais HMM. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Sup 2):S243-52.
13. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2006;40(4):595-603. DOI: 10.1590/S0034-89102006000500007
14. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003;7(12):41-54.
15. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7. DOI: 10.1590/S0034-89102002000400013
16. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003;19(Sup 2):S263-72.

Apoio financeiro: Edital Pesquisa para o SUS, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/ Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte – Convênio nº 0146.00/04- Projeto 000.923787.