

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER EN LA VISIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca¹
Ana Emilia Ramos Bagueira Leal²
Thais Skubs²
Rebeca Nunes Guedes³
Emiko Yoshikawa Egry⁴

Se trata de una investigación sobre la visión del agente comunitario de salud acerca de la violencia contra la mujer y las prácticas de los cuidados correspondientes, desarrollados en el sector de la atención básica de salud. Tuvo como objetivo comprender el posición y las prácticas de los cuidados en lo cotidiano del trabajo en salud, para subsidiar procesos de calificación del trabajador al respecto del tema. El marco teórico metodológico fue la violencia de género como constructo social y la ideología como producto social y orientador de las prácticas de salud. La recolección de datos fue realizada mediante aplicación de cuestionario con preguntas cerradas, acerca de la posición delante de hechos de la realidad asistencial. Los resultados mostraron posiciones y concepciones mayoritariamente apoyadas en el sentido común, o sea, no eran diferentes, en nada, de las que tenían las mujeres víctimas de violencia o de las opiniones de los legos en general, llevando a la conclusión de que es necesario ampliar el espacio de discusión del problema, propiciando la introducción de la perspectiva de género en el reconocimiento y en la atención a las mujeres.

DESCRIPTORES: salud de la familia; violencia contra la mujer; género y salud

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN FROM THE PERSPECTIVE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT

This study addresses violence against women from the perspective of Community Health Agents and related care practices developed at the basic care level. It aims to understand their opinions and care practices in daily care delivery in order to support training of workers on this theme. The theoretical-methodological reference was gender violence as a social construct and ideology as a social product and guider of health care practices. Data collection was carried out through a questionnaire with closed questions addressing these professionals' positions in relation to facts in the care delivery context. The results showed that positions and conceptions are mostly supported by common perceptions, that is, they do not differ from women victims of violence or lay people in general, which leads to the conclusion that it is necessary to broaden the discussion of this problem, introducing the gender perspective in the acknowledgement and care of women.

DESCRIPTORS: family health; violence against women; gender and health

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA VISÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Trata-se de pesquisa sobre a visão do agente comunitário de saúde acerca da violência contra a mulher e as práticas cuidativas correspondentes, desenvolvidas no nível da atenção básica de saúde. Teve como objetivo compreender o posicionamento e as práticas cuidativas no cotidiano do trabalho em saúde, para subsidiar processos de qualificação do trabalhador a respeito do tema. O referencial teórico-metodológico foi a violência de gênero como construto social e a ideologia como produto social e norteador das práticas de saúde. A coleta de dados foi realizada mediante aplicação de questionário com perguntas fechadas, acerca do posicionamento diante de fatos da realidade assistencial. Os resultados mostraram posições e concepções majoritariamente apoiadas no senso comum, ou seja, nada diferindo das mulheres vítimas de violência ou leigos em geral, levando à conclusão de que é necessário ampliar o espaço de discussão do problema, propiciando a introdução da perspectiva de gênero no reconhecimento e no atendimento às mulheres.

DESCRIPTORES: saúde da família; violência contra a mulher; gênero e saúde

INTRODUCCIÓN

En los últimos veinte años, la situación de violencia doméstica contra la mujer ha adquirido visibilidad social y se tornó tema de varios estudios y conferencias mundiales. “La identificación de la ocurrencia de abusos y violaciones contra la mujer dentro del cuadro de referencia mayor de las ‘relaciones de género’ permitió comprender el contexto en que esos comportamientos se realizan, desvendándose un escenario de iniquidades y dominación que se encuentran en la vida privada y pública y en las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la sociedad”⁽¹⁾.

A pesar de que la relación de dominación y opresión de género esté presente desde el inicio de la humanidad, solo tomó relevancia y adquirió contornos de problemática científica y foco importante de acciones de la salud pública, a partir de la década del 70. En Brasil, eso ocurrió simultáneamente con la ascensión de la lucha por la democratización, constituyendo una de las reivindicaciones de los movimientos sociales organizados, inclusive aquellos relacionados al acceso a los servicios públicos de salud y mejoría de la calidad de vida, especialmente en los centros urbanos⁽²⁾.

El concepto actual de violencia doméstica contra la mujer abarca todos los actos de violencia física, psíquica, sexual y falta de respeto a los derechos en la esfera de la vida reproductiva o de la ciudadanía social, cometidos por un miembro de la familia o persona que habite o hubiese habitado el mismo domicilio⁽³⁾. “La violencia de género es un problema mundial vinculado al poder, privilegios y control masculino. Afecta a las mujeres independientemente de edad, color, raza, religión, nacionalidad, opción sexual o condición social. El efecto es, sobre todo, social, ya que afecta el bienestar, la seguridad, las posibilidades de educación y desarrollo personal y la autoestima de las mujeres. Históricamente a la violencia doméstica y sexual se suman otras formas de violación de los derechos de las mujeres [...]”⁽⁴⁾.

En las últimas tres décadas, la violencia de género ha recibido creciente atención y movilización, siendo que los primeros datos estadísticos apuntaron que los principales perpetradores de la agresión son los compañeros y familiares. En una investigación realizada en el Distrito de Salud de Butanta, en la ciudad de Sao Paulo, 44,4% de las mujeres en el

intervalo de edad entre 15 y 49 años respondieron haber sufrido, durante la vida, por lo menos un episodio de violencia física de género⁽⁵⁾.

Con base en la magnitud y visibilidad de la violencia contra la mujer, en cuanto problema de salud pública y fenómeno que viola los derechos humanos, en el escenario mundial, fueron establecidas leyes para la protección de los derechos de las mujeres y, concomitantemente, creadas o fortalecidas instancias y fóruns en su defensa, originando, por primera vez, la posibilidad de planificar y ejecutar políticas públicas necesarias para la asistencia a las mujeres víctimas de violencia de género. Esas iniciativas modificaron la situación, por ejemplo, con la creación, hace más de una década, de Comisaría de Defensa de la Mujer.

Otro marco histórico importante en la lucha contra la violencia de género fue la creación de la Ley 11.340/2006, también llamada Ley María de la Penha, que trata, en líneas generales, del aumento del rigor de los castigos por agresiones contra las mujeres en el ámbito doméstico o familiar, posibilitando la figura del “flagrante” y el decreto de prisión preventiva, además de aumentar las penas y otras medidas protectoras. Esa nueva Ley también establece directrices para que el Estado, en sus diversas instancias, se organice para cambiar el cuadro anterior de sufrimiento, enfermedad y desigualdad⁽⁶⁾.

A pesar de que la violencia de género en el ambiente familiar sea reconocida como un problema de salud pública, ya que afecta a las mujeres de todas las clases sociales, muchas veces las propias víctimas no conocen sus derechos o las leyes que las amparan. Frecuentemente, creen que sufrir abusos físicos o psicológicos tiene origen en las actitudes de las propias víctimas, o que sus agresores, en el caso de los cónyuges, tienen el derecho de ser agresivos⁽³⁾.

Además, con frecuencia, el problema se traduce en diversas repercusiones para la salud de las mujeres y, consecuentemente, para su calidad de vida. La violencia conyugal y el estupro han sido asociados a mayores índices de suicidio, abuso de drogas y alcohol, quejas poco claras, cefalea, disturbios gastrointestinales y psíquicos en general. En relación a la salud reproductiva, la violencia contra las mujeres ha sido asociada a dolores pélvicos crónicos, enfermedades sexualmente transmisibles (EST), como el síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida (SIDA), además de enfermedades pélvicas inflamatorias y embarazo indeseado⁽⁴⁾.

Además de eso, las mujeres que resisten a las relaciones abusivas presentan comprometimiento significativo de su salud individual (física y mental) que, como consecuencia, es ampliado para dimensiones mayores, afectando la vida y la salud de la familia como un todo⁽⁷⁾.

Aliado a eso, hay disminución de la sociabilidad y realización personal, afectando el desarrollo laboral y la capacidad productiva⁽⁵⁾. "Considerando la participación de las mujeres en los procesos de decisión, su incorporación en las estructuras de poder ha sido lenta, tímida y muy limitada. De ese modo, lo que se constata es la persistencia de marcos culturales que dificultan la habilitación femenina para el ejercicio del poder, la poca participación efectiva de las mujeres en las estructuras de poder (menos de 5% de los parlamentares son mujeres) y en los partidos políticos, y hasta cierto retroceso en términos de movilización en torno de banderas típicamente feministas"⁽⁸⁾.

Dado ese panorama, es importante incluir dentro de las propuestas del SUS (Sistema Único de Salud) la visión de género y, con eso, buscar la superación de valores sociales hegemónicos que transforman en naturales las desigualdades y justifican la opresión y violencia contra las mujeres; esa ideología se encuentra en la formación profesional, propiciando la multiplicación de esa visión en las prácticas en salud.

En el ámbito de los servicios, con la implantación del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), en 1991 y, posteriormente, con la creación del Programa Salud de la Familia (PSF), en 1994, los equipos frecuentemente se encuentran con situaciones de difícil manejo cuando se trata de relaciones hombres/mujeres. En este estudio, se enfocó la visión específica del agente comunitario delante del asunto y su posición. Esa categoría profesional fue escogida porque su posición es estratégica en la atención en los casos de violencia, una vez que los actores participantes (profesionales y clientes) pertenecen al mismo espacio geográfico y social⁽⁹⁾.

Para que la asistencia ocurra de forma adecuada es necesario capacitar a los profesionales de salud, a partir de la inserción de metodologías que privilegien la calificación bajo la óptica del género. La categoría género presupone la comprensión de las relaciones sociales que se establecen entre los sexos, diferenciando el sexo biológico del sexo social,

colocando la desigualdad entre los sexos como constructo social, históricamente determinado.

Es importante resaltar que constan de las atribuciones de los agentes comunitarios acciones individuales y colectivas que objetiven la protección y la promoción de la salud y las actividades educativas, dando prioridad a grupos de mayor vulnerabilidad, además de actuar como agentes de cambios dentro de la colectividad⁽¹⁰⁾.

El Programa Salud de la Familia es la estrategia que puede facilitar el proceso de identificación de los casos de violencia en la comunidad, debido a la aproximación de los profesionales de la salud con la clientela en las áreas de influencia del programa. Con eso es posible actuar sobre los grupos sociales, buscando potencializar sus recursos para el enfrentamiento de ese tipo de dificultad.

El Equipo de Salud de la Familia está compuesto por un médico, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y entre cuatro a seis agentes comunitarios de salud, en general, mujeres. Esos son los actores que participan en el proceso de identificación e intervención de los casos de violencia en la atención básica, sin embargo, se da mayor visibilidad al papel del agente comunitario de salud (ACS), ya que es el eslabón entre el servicio de salud y la comunidad. Habitando el mismo territorio, tiene, inclusive, condiciones de evaluar la dinámica de la familia y, muchas veces, identificar situaciones de riesgo o de violencia consumada, por la propia observación o por el vínculo que establece con la clientela. Lo que ocurre, en la mayor parte de los casos, es que las mujeres acaban por relatar a los ACSs hechos que no relatarían a otros profesionales, tornándolos posibles actores capaces de prevenir o intervenir en esas situaciones⁽¹⁰⁾.

A partir de esa situación, es pertinente y necesario entender cuál es la posición los ACSs delante de la violencia de género y las prácticas que son correspondientes, considerando que esos son profesionales hacen parte de la comunidad en la cual actúan profesionalmente, permitiendo, entonces, mayor aproximación con la realidad objetiva.

Se entiende que la identificación y la comprensión de las prácticas profesionales, dirigidas a las mujeres que viven situaciones de violencia, ofrecen la posibilidad de componer elementos para la definición de políticas asistenciales de género en lo que se refiere al enfrentamiento de la violencia contra

la mujer, así como subsidios para la capacitación de los ACSs para reconocimiento e intervención en situaciones de violencia, además de contribuir para la visión crítica de su propio papel dentro del PSF, en cuanto actores capaces de intervenir en el proceso salud/enfermedad de la familia.

Así, este trabajo tuvo la finalidad de buscar en los datos empíricos argumentos para la definición de políticas asistenciales de género, en lo que se refiere al enfrentamiento de la violencia contra las mujeres. Para el cumplimiento de esa finalidad, se tuvo como objetivo identificar y analizar, bajo la perspectiva del género, la posición y las prácticas profesionales de los ACSs delante de la violencia contra la mujer.

METODOLOGÍA

El marco teórico utilizado estuvo basado en las categorías analíticas: violencia de género como constructo social e ideología como producto social y orientador de las prácticas de salud.

El estudio fue realizado en el Distrito de Salud del Butanta, localizado en la zona oeste de la ciudad de Sao Paulo. Participaron 17 agentes comunitarios de salud (ACS) de una unidad básica de salud (UBS) que utiliza la Estrategia Salud de la Familia como práctica y que lo viabiliza el SUS.

Los datos fueron recolectados por medio de la aplicación de un cuestionario compuesto por 30 frases temáticas sobre posiciones en relación a la violencia contra las mujeres. A partir de la comprensión de las frases, los participantes deberían también posicionarse, indicando si estaban de acuerdo totalmente, parcialmente o no estaban de acuerdo con las situaciones o apreciaciones descritas en ellas.

La construcción del cuestionario fue basada en relatos de situaciones reales de violencia y de las acciones que las mismas demandaron de los agentes comunitarios de salud de los equipos del PSF, de una ciudad del interior del Estado de Sao Paulo, durante otro estudio constante del mismo proyecto⁽¹¹⁾, financiado, en parte, por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

La recolección de situaciones como material de investigación se propuso como siendo pequeñas novelas que muestran el sufrimiento relatado por aquellos que lo viven y que facilitan la comprensión del porqué las personas hacen lo que hacen⁽¹²⁾. Esos

relatos, donde se mantuvo el lenguaje utilizado por los participantes, fueron sometidos al análisis de contenido⁽¹³⁾, que busca la comprensión del significado de la declaración en conexión con el tema abordado, haciendo explícito los conflictos y las contradicciones que construyen el discurso, y resultó en frases temáticas referentes a las siguientes categorías: rabia del hombre agresor; rabia de la mujer agredida, comprensión y pena por la mujer agredida; sentimiento de impotencia y alivio; falta de esperanza y conformismo; voluntad de ayudar a la mujer; y, vislumbrar soluciones idealizadas. Posteriormente, fueron escogidas aquellas que colocaban las ideas más explícitamente y montado el referido cuestionario.

Por tratarse de estudio con seres humanos, en ambos estudios, fueron tomadas las medidas requeridas por la Resolución 196, de octubre de 1996, del Consejo Nacional de Salud⁽¹⁴⁾. Así, cada agente comunitario de salud que concordó en participar firmó, en dos vías, un término de consentimiento libre y esclarecido sobre su participación, donde fueron presentados el tema y los objetivos, asegurándose que las informaciones serían tratadas anónimamente y que servirían únicamente para la elaboración de trabajos científicos.

El estudio es parte integrante del proyecto de investigación titulada "prácticas profesionales y violencia contra las mujeres: un recorte de género y clase social", aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (EEUSP), bajo el Protocolo n. 517/2005/CEP-EEUSP.

RESULTADOS

La población de estudio fue compuesta por 17 mujeres, con edades entre 22 y 50 años, con escolaridad mínima de octava serie de enseñanza fundamental, siendo que seis trabajaban en la misma UBS desde su inauguración, o sea, hace seis años, y todas eran residentes del área abarcada por la unidad.

El análisis de los datos fue realizado de acuerdo con las categorías que revelaban la violencia de género contra las mujeres, citadas anteriormente. Las categorías empíricas fueron codificadas conforme sigue: rebelión y rabia contra el agresor (A), rebelión y rabia contra la mujer agredida (B), comprensión y pena de la mujer violentada (C), sensación de alivio

(I), impotencia (D), desesperanza y conformismo (E). Relacionadas a las prácticas experimentadas, fueron identificadas tres conductas: escuchar y

orientar sin tomar una posición (F), voluntad de ayudar a la mujer agredida (G) y vislumbrando soluciones idealizadas (H).

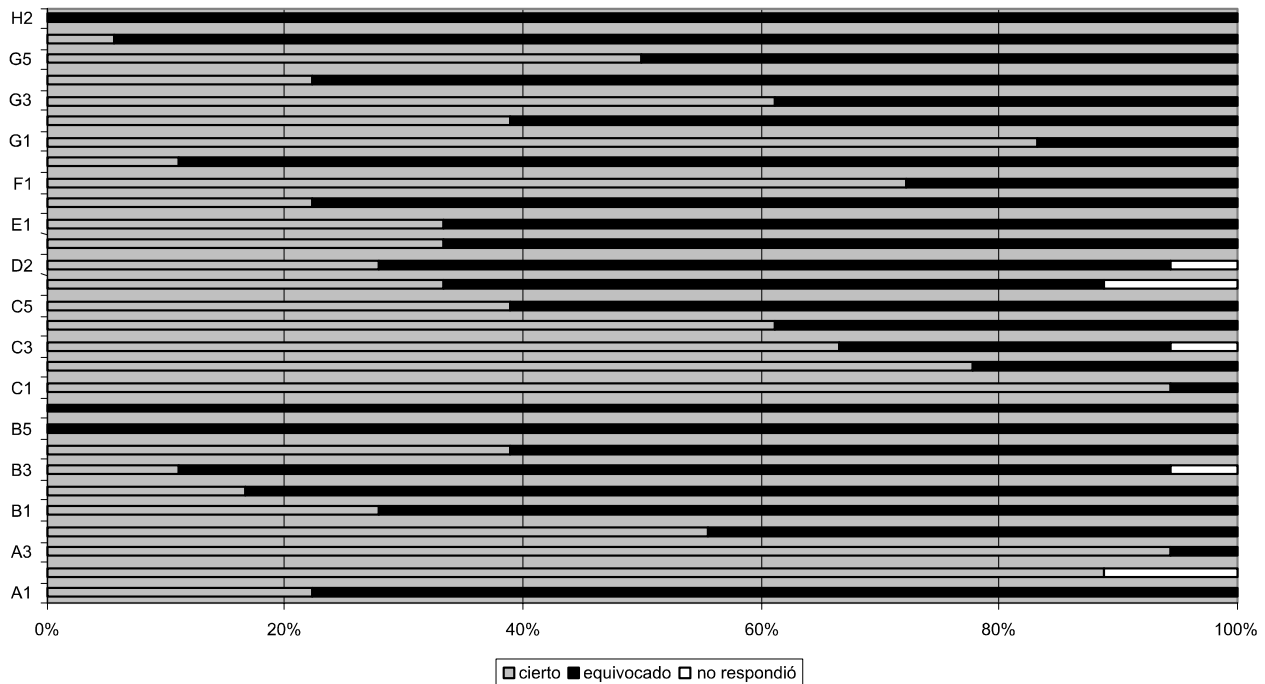


Figura 1 – Posición de los agentes comunitarios de salud, según las categorías relacionadas a la violencia contra las mujeres

DISCUSIÓN

La Figura 1 muestra que la categoría empírica A – rebelión y rabia contra el agresor - fue aquella que presentó la mayoría de los resultados adecuados en las frases temáticas que expresaban esa situación, con excepción de la pregunta A2, que presentaba una posición mayoritariamente desfavorable. Tales respuestas reflejan el sentido común, clasificando los participantes entre víctimas y verdugo, lo que deshace la posibilidad de revertir el cuadro violento, ya que la mujer está inmovilizada debido a su condición y el hombre apenas paga por su culpa, tratando disminuirla. El agresor es verdugo y la agredida víctima, atribuyéndose toda la ganancia de poder al primero.

El poder no es algo que puede ser dividido entre aquellos que lo detienen exclusivamente con aquellos que no lo poseen y que son sometidos. En otras palabras, el poder no se aplica a los individuos y, si, pasa por ellos, siendo el individuo uno de los primeros efectos del poder⁽¹⁵⁾.

La violencia contra las mujeres es un fenómeno que tiene sus raíces en las desigualdades

de género, traducidas en relaciones asimétricas de poder y, también, en el hecho que ese poder es relacional, la realidad ha revelado que éste muy difícilmente beneficia a las mujeres, que son objeto mayoritariamente preferencial de la violencia de género.

La categoría B – rebelión y rabia de la mujer agredida - presentó resultados en gran parte inadecuados, considerada la perspectiva de género. Refleja la posición de que todas las mujeres tienen la posibilidad y capacidad de deshacer relaciones violentas, como si eso dependiese apenas de ellas, desconsiderando todas las dificultades relacionadas al hecho. Las mujeres generalmente quedan con la manutención de la casa y de la familia, funciones esas que se tornan cada vez más difíciles de ser desempeñadas solamente por ellas, cuanto más se descende en la jerarquía social, en una conjugación de clase y género⁽¹⁶⁾. Además de eso, la construcción sociocultural del universo femenino sumiso, dio legitimidad, por mucho tiempo, a la imagen negativa de la imperfección presente en las mujeres. A lo largo de los siglos, la idea de la mujer como sexo débil,

sumiso e imperfecto está presente en el imaginario social, lo que todavía hoy se traduce en profundos efectos en la configuración del campo de la asistencia a la salud y de la violencia.

La categoría C - comprensión y pena de la mujer violentada - reveló una posición que tiende para lo adecuado, probablemente fruto de la humanización en el área de la enfermería y de la salud. Puede también ser influenciada por el modo como los actores participantes en el cuidado construyen su propia identidad de género, con eso, transfiriendo su ideología para la atención⁽¹⁷⁾.

La categoría D - impotencia - expresó comportamiento inadecuado delante la situación, corroborando lo que sucedió con las otras categorías. Sentimientos como la impotencia o el desanimo delante de situaciones de difícil solución pueden inmovilizar la acción del profesional y normalmente es fruto de la falta de preparación en relación a todo el aparato que el estado ofrece para apoyar a la mujer agredida.

La categoría E - desesperanza y conformismo - reafirmó los resultados anteriores, una vez que el comportamiento inadecuado predominó en las respuestas, demostrando la falta de percepción de los ACSs acerca de su propio papel en cuanto profesionales. Refleja también una situación ideal, atribuyéndose al orden social los papeles construidos frente a relaciones sociales tenidas como sin conflictos o contradicciones. Considerando que las prácticas en salud interfieren en los fenómenos sociales, en el sentido de superar o legitimar el status quo, se entiende, aquí, que esa categoría reproduce la naturalización de la opresión femenina en el ámbito de la atención a la salud, lo que puede ser traducido en la omisión de cuidados efectivos, solidaridad y protección, además de dificultar el ejercicio de la práctica profesional como instrumento de emancipación social.

Las categorías representativas de la práctica profesional mostraron que la forma como el fenómeno viene siendo abordado, desde el punto de vista asistencial, no se ha traducido en prácticas efectivas para el enfrentamiento de la violencia de género. De ese modo, las prácticas profesionales del PSF, dirigidas a las mujeres en situación de violencia, deberían constituirse en prácticas potencializadoras de la autonomía femenina, considerando la construcción

social de género como determinante de los procesos destructivos en la vida de las mujeres.

El predominio de escuchar sin tomar posición (F) refleja el mito de que la posición de los profesionales expresada en la relación con la clientela significa un involucrarse desnecesario, o mismo erróneo, y que debe ser evitado a cualquier costo. Puede también significar un déficit de preparación del profesional frente a situaciones complejas, con las cuales solo sabe lidiar por medio de la escucha. Refleja una visión de práctica asistencial basada en la neutralidad científica y no en el involucramiento personal del profesional, desconsiderando la política de las prácticas en salud. Eso está asociado a la forma de organizar los sistemas sociales que son basados en el patriarcado, cuya táctica de poder y control está infiltrada por la lógica del raciocinio de la sociedad y, por lo tanto, pertenece a la base de la ciencia y precisa ser superada para alcanzar una sociedad justa e igualitaria⁽¹⁸⁾.

La categoría (G) - voluntad de ayudar a la mujer agredida - expresa división de tendencias para posiciones análogas entre las varias frases del cuestionario, pudiendo denotar una cisión en las formas de intervenir. Refleja la noción de compromiso social de las prácticas en salud, destinadas a las mujeres todavía parcialmente utilizadas. En el caso de las profesionales mujeres también puede revelar empatía y involucramiento.

Finalmente, la última categoría - vislumbrando soluciones idealizadas (H) - posee prácticamente la totalidad de las respuestas inadecuadas para el referencial de género. Desconsidera la complejidad de la construcción social en la determinación de la violencia contra las mujeres, revelando una visión de mundo en que la causa de los fenómenos se sitúa apenas en la dimensión singular, desconsiderando la estructura concreta de la sociedad que orienta los fenómenos sociales.

CONCLUSIÓN

Este trabajo reveló una visión pautada por la ideología de la dominación masculina en relación a la violencia de género, además de demostrar las profundas contradicciones existentes en el centro de la práctica asistencial con que está relacionada. Quedó evidente la falta de preparación frente a la violencia a la mujer, indicando que es necesario realizar inversiones para que los profesionales se sientan capaces de crear estrategias de identificación e

intervención en el colectivo, en conjunto con el Equipo de Salud de la Familia.

Los profesionales ACSs ciertamente son los miembros más próximos de la clientela dentro del territorio y, por lo tanto, tiene acceso a informaciones fundamentales sobre los usuarios, propiciando aproximarse más con todo lo que cerca la violencia contra la mujer.

En los estudios publicados en los últimos diez años en la Revista Latino-Americana de Enfermería^(7,19-22) se confirma la magnitud de la temática sobre la salud de las mujeres, una vez que ha confirmado la violencia de género como fenómeno destructivo del proceso salud/enfermedad de las mujeres. En los referidos estudios, la violencia se presenta como un fenómeno multifactorial, que tiene una importante relación con otros determinantes como el uso de drogas, baja autoestima y modos de vivir y trabajar.

Corroborando la intrínseca relación entre violencia y salud, presentadas en las publicaciones de ese periódico, este estudio viene a contribuir con conocimientos acerca del tema en el sentido de mostrar que, siendo la violencia una cuestión de salud, es relevante investigar como los profesionales participantes en el cuidado a las mujeres comprenden y lidian con el fenómeno.

De ese modo, esta investigación deberá ofrecer subsidios para calificar a los ACSs y otros profesionales para realizar acciones dirigidas a asuntos de género, relacionados a la violencia contra la mujer, fortaleciendo las directrices básicas del SUS, como acceso, equidad e integralidad. Se pretende, en el futuro, comparar los datos con otras categorías profesionales que hacen parte del equipo para ampliar la visión del enfrentamiento del asunto en el ámbito del PSF.

REFERENCIAS

1. Prefeitura do Município de São Paulo. Mulheres em São Paulo: um perfil da cidade. Coordenadoria Especial da Mulher 2004 março; 1:130-47.
2. Farah M F S. Gênero e políticas Públicas. Rev Estud Fem 2004 janeiro; 12(1):71-4.
3. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Centro de Saúde-Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa. Mulheres em situação de violência: guia de serviços. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; 2002. 128 p.
4. Fontana M, Santos SF. Violência contra a mulher. In: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, organizador. Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos; 2001.
5. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Revista de Saúde Pública 2002 agosto 36(4):470-7.
6. Lei 11.340 (BR) de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do 8º do art. 226 da Constituição Federal. Diário Oficial da União [periódico da internet]. 8 ago 2006.[citado 20/04/2008] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm.
7. Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. Rev Latino-am Enfermagem 2006 novembro/dezembro; 14(6):950-6.
8. Fonseca RMGS. Mulher e Cidadania na Nova Ordem Social. Núcleo de Estudos da Mulher e Relações Sociais de Gênero (NEMGE), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo (SP): NEMGE; 1996.
9. Silva J, Dalmaso ASW. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
11. Franco NM. Concepções de profissionais de equipes de saúde da família sobre violência de gênero [dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
12. Bourdieu P, organizador. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1997.
13. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução Nº 196/96. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Governo Federal - Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 1996.
15. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Paz e Terra; 1997.
16. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos Profissionais das equipes de Família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Rev Esc EnfermUSP 2007; 41(4):607-13.
17. Guedes RN, Silva, ATMC, Coelho EAC. Vida de mulher e saúde: problematizando a realidade com os profissionais do cuidado. Rev online Brazilian Journal of Nursing. 2007 agosto; 6(2). Available in: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.712/0>
18. Meneghel S, Iniguez L. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. Cadernos de Saúde Pública 2003 julho 19(4):109-18.
19. Diniz NMF, Almeida LCG, RBCS, Macêdo VG. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 Fev; 15(1):7-12.
20. Vianna LAC, Bomfim GFT, Chicone G. Auto-estima de

mulheres que sofreram violência. Rev Latino-am Enfermagem. 2006 Out; 14(5):695-701.

21. Roldán MCB, Galera SAF. Percepção do papel materno de mulheres que vivem em um contexto de drogas e violência. Rev Latino-am Enfermagem 2005 Dez; 13(spe2):1118-26.

22. David DMSL, Caufield C. Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Rev Latino-am Enfermagem. 2005 Dez; 13(spe2):1148-54.