



VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE PÚBLICA: REFLEXÕES SOBRE A POSSIBILIDADE DE PREVENÇÃO

Vanessa de Sousa Nascimento¹
Marlene Teixeira Rodrigues²

1. A entrada do tema da violência contra as mulheres no campo da saúde pública

Violência e saúde foram os dois grandes temas centrais das políticas públicas dirigidas às mulheres criadas no início da década de 1980 no Brasil (SAFFIOTI apud D'OLIVEIRA, 2006). Entretanto, embora os dois temas se entrelacem, inicialmente a violência contra as mulheres não foi vista como um problema de saúde pública. As primeiras políticas para as mulheres a aproximarem o campo da saúde da temática da violência datam dos anos de 1988 e 1989, com o surgimento de algumas iniciativas localizadas em São Paulo. São criados, por exemplo, os primeiros programas de atenção à mulher vítima de violência em Centros de Saúde e o Programa de Aborto Legal para as mulheres que sofreram violência sexual (DINIZ, 2006).

Não só a violência contra as mulheres, mas a temática da violência em geral teve uma entrada lenta na agenda do setor saúde, justamente pela própria condição da violência como um fenômeno sócio-histórico e não médico-sanitário. A violência se configura como uma questão social diferindo-se das questões tradicionalmente próprias ao campo da saúde (MINAYO, 2005). Abordá-la nesse setor traz desafios aos saberes hegemônicos desse campo; o próprio modelo biomédico predominante na área da saúde contribui para que o tema não seja visto como um assunto pertinente a esse campo conceitual (MINAYO, 2005).

No contexto mundial é somente na década de 1960, sob a influência da pediatria norte-americana, que a área da saúde começa a mudar a sua postura perante a abordagem da violência (MINAYO, 2005). Já em relação à violência contra as mulheres, na década de 1970, pressões advindas do movimento feminista passam a influenciar esse campo, de forma que a violência de gênero passa a ser objeto de prevenção e promoção da saúde, fazendo a intervenção ir além da assistência a traumas e lesões (MINAYO, 2005). Mas é somente no final dos anos de 1980 que os acidentes e violências passam a integrar com mais vigor o campo programático da saúde pública. Como marco dessa nova visão, em 1993 a OPAS reconhece a violência contra as mulheres como

¹ Graduada em Serviço Social pela Universidade de Brasília - UnB. Assistente Social da Secretaria de Estado de Saúde de Brasília. Membro do Grupo de Estudos em Gênero, Política Social e Serviços Sociais.

² Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília - UnB. Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília. Coordenadora do Grupo de Estudos em Gênero, Política Social e Serviços Sociais.



um problema de saúde pública, publicando o estudo *A violência contra as mulheres e as meninas: análises e propostas dentro da perspectiva da saúde pública* (DINIZ, 2006).

2. A violência contra as mulheres como uma questão de saúde pública

A saúde pública é um campo cuja atenção se volta para o tratamento de infecções, enfermidades e problemas que afetam a saúde da população em sua totalidade (KRUG et al., 2003). Portanto, as investigações nesse campo encontram-se relacionadas à epidemiologia, uma disciplina científica que estuda o adoecimento e a saúde do ponto de vista coletivo (D'OLIVEIRA, 2006). Essa disciplina passa, a partir da década de 1980, a abordar mais intensamente o problema da violência (D'OLIVEIRA, 2006), tendo como referencial as estatísticas de mortalidade e morbidade da população. Inicialmente dedica-se a análise da mortalidade por causas externas e acidentes de trânsito e trabalho e num segundo momento passa a adotar enfoques diferenciados nos quais se incluem a violência contra a mulher e a criança (D'OLIVEIRA, 2006).

Essa preocupação se explica porque a violência aparece como uma relevante causa de mortes e enfermidades para as pessoas em geral. Ela passa a ser vista como um tema do campo da saúde pública, justamente, porque causa impactos à qualidade de vida da população, provoca lesões e traz exigências de atenção e cuidados nos serviços médico-hospitalares (MINAYO, 2005). Portanto, o fenômeno da violência traz implicações para o processo saúde-doença de indivíduos e coletividades, o que faz que essa questão antes tida como restrita ao campo social passe a fazer parte da agenda pública do setor saúde.

O entendimento da violência como um problema de saúde pública contribuiu para que diversas expressões desse fenômeno passassem a ser objeto de discussões e ações no campo da saúde coletiva. Em relação à violência contra as mulheres, ela é causa reconhecida de morbidade e mortalidade feminina. Estima-se, por exemplo, que entre as mulheres de 15 a 44 anos, cause mais mortes que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras e seja a sexta causa de anos de vida perdidos por incapacitação física ou morte (DESLANDES et al., 2000; MINAYO, 2006). Daí a razão dessa forma de violência hoje ser entendida como um problema de saúde pública, demandando respostas do setor saúde, bem como de outros setores, voltadas para o seu enfrentamento.

Esse entendimento reconhece as repercussões que a violência traz à qualidade de vida das mulheres agredidas, bem como os seus efeitos sobre os sistemas de assistência à saúde. Estudos demonstram, por exemplo, que mulheres agredidas padecem de mais problemas de saúde, geram



maiores custos com assistência e procuram os serviços desse setor com mais frequência do que aquelas que não sofrem maus-tratos (KRUG et al., 2003).

As mulheres são em geral agredidas na esfera doméstica por pessoas conhecidas, sendo mais frequentes agressões internas a relações familiares e amorosas (D'OLIVEIRA, 2006). Essa violência que ocorre no âmbito de relações familiares ou afetivas tende a ser progressiva e rotineira, isso é, difere de episódios violentos específicos ou isolados, o que aumenta os seus impactos sobre a qualidade de vida feminina. Assim, embora a violência praticada contra mulheres não seja mortal em grande parte dos casos, ela ocasiona seqüelas à saúde feminina, que podem ser imediatas ou aparecerem vários anos após a agressão, sendo uma causa significativa de adoecimento feminino.

Para visualizar esses impactos basta voltar a atenção para as implicações negativas dos atos violentos sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. Essas formas de violência estão associadas a enfermidades como: doenças pélvicas inflamatórias, dores pélvicas crônicas, infecções urinárias, dismenorréia, infertilidade, doenças sexualmente transmissíveis e disfunções sexuais, além de aumentarem a chance de gravidez indesejada, complicações ao longo da gestação e aborto (HANE, ELLSBERG, 2002; KRUG et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2002). Essas situações demonstram que tal violência traz repercussões sobre a capacidade reprodutiva da mulher e sobre a possibilidade dela manter uma vida sexual satisfatória. Está relacionada, portanto, a violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Quanto às conseqüências dos atos violentos sobre as mulheres grávidas, os maus tratos praticados durante a gestação em curso constituem relevante fator de risco para o desenvolvimento de complicações ao longo do período gestacional. Relacionam-se, por exemplo, a condutas de risco por parte da gestante como início tardio do pré-natal e aumento do tabagismo, bem como ao ganho de peso insuficiente, depressão e aborto espontâneo (HANE; ELLSBERG, 2002).

Um outro aspecto relaciona-se à infecção por doenças de transmissão sexual. A violência sexual, tanto praticada por desconhecidos como no âmbito das relações conjugais, é um reconhecido fator de risco para as mulheres em relação à contaminação por DSTs e HIV/AIDS. Essa violência aparece como expressão da assimetria de poder presente na relação entre os gêneros que reduz a autonomia e controle das mulheres sobre o seu corpo, a sua sexualidade e a sua vida reprodutiva.

A violência é causa também de agravos à saúde mental das mulheres que a vivenciam. Grossi (1996) ressalta que estar envolvida em um relacionamento violento aumenta em cinco vezes a predisposição da mulher apresentar problemas psicológicos quando comparada àquelas que não se



encontram em relacionamentos violentos. Quanto a isso, as conseqüências mais relatadas pela literatura são a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático (ANDRADE et al., 2006).

Além disso, a vivência de agressões influencia negativamente a confiança e auto-estima das mulheres, bem como o seu senso de segurança e competência, o que reduz a sua capacidade de reagir e de participar plenamente da sociedade e limita o seu desenvolvimento pessoal, profissional e afetivo (ANDRADE et al., 2006; GROSSI, 1996; KRUG et al., 2003). Isso demonstra que a violência traz implicações sociais às mulheres, sendo um limitante a sua participação na esfera produtiva da sociedade e ao exercício de seus direitos de cidadania

Vale ressaltar que estar em situação de violência é também fator ligado ao abuso de álcool e outras substâncias pelas mulheres agredidas. Ademais, doenças do aparelho digestivo, problemas cardíacos, sintomas neurológicos e problemas crônicos como dores de cabeça, artrite e hipertensão também compõem o quadro de enfermidades não-mortais relacionadas à violência contra as mulheres (HANE e ELLSBERG, 2002; KRUG et al., 2003).

Todos esses dados permitem entender que esse tipo de violência traz demandas consideráveis ao setor saúde e, logo, à política de saúde. Em razão de todos esses agravos, fatalmente em algum momento de suas vidas as mulheres em situação de violência procurarão os serviços de saúde em busca de tratamento para as enfermidades, lesões e traumas, demandando diretamente uma intervenção por parte desse setor. Portanto, entender a violência contra as mulheres como um problema que afeta a qualidade de vida da coletividade, implica em reconhecê-la como uma questão cujo enfrentamento demanda uma resposta pública.

3. O enfrentamento da violência contra as mulheres no setor saúde

A partir dos anos 2000, o enfrentamento da violência contra as mulheres passou a configurar-se como uma das áreas estratégicas de atuação do governo no que se refere às políticas públicas voltadas para as mulheres. Isso é evidenciado no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM – elaborado pelo governo federal no ano de 2003 e atualizado em 2008. A partir do primeiro Plano foi criada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a qual é materializada pelo II PNPM.

Nesses Planos é prevista uma intervenção pública de caráter multi-setorial para o enfrentamento a essa forma de violência, compreendendo as dimensões do combate e da prevenção da violência contra as mulheres, da assistência às mulheres que vivenciam essa situação e da garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2008). Essa intervenção relaciona-se a uma atuação



sistemática e continuada em diferentes áreas, a partir da constituição de uma rede integrada de ações e serviços que articulem assistência jurídica, social, serviços de saúde, segurança, educação e trabalho (BRASIL, 2003). Essa Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência constitui uma estratégia fundamental para a resposta pública a esse problema social.

É, portanto, como uma das áreas que compõe essa rede de atendimento que o setor saúde insere-se na discussão de ações públicas frente ao problema da violência contra as mulheres. No plano de ação do primeiro PNPM, o Ministério da Saúde aparece como órgão responsável, por exemplo, pela capacitação de profissionais de saúde para o atendimento às mulheres em situação de violência, pela implementação da notificação compulsória dos casos de violência, pela inclusão na rede de saúde de serviços de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica e pela criação de normas e procedimentos para o funcionamento desses serviços (BRASIL, 2003). Vale destacar a existência desde 1998 da Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes.

Dentre essas ações programadas merece destaque a Lei nº 10.778, promulgada em 2003, que torna obrigatória a comunicação de suspeitas ou confirmação de casos de violência contra as mulheres com a finalidade de subsidiar o poder público na elaboração de políticas públicas para o enfrentamento desse tipo de violência (DINIZ, 2006). Isso é possível a partir da geração de dados da realidade brasileira, fornecendo indicadores e estatísticas que contribuem não só para a elaboração, como para o aprimoramento dessas políticas, sendo importante instrumento para implementação de ações que efetivamente previnam e reduzam a ocorrência desses casos.

As ações apresentadas pelos PNPM's relacionam-se também a outras políticas da área da saúde voltadas para o segmento feminino, dentre as quais destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, elaborada em 2004 pelo Ministério da Saúde. Nessa política, a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência sexual e doméstica aparece como um de seus objetivos específicos, contemplando o entendimento desse problema como uma questão de saúde pública.

Ainda no âmbito do Ministério da Saúde pode-se destacar menção feita na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001. Essa política salienta entre as responsabilidades do Ministério da Saúde para a prevenção de acidentes e violências, a promoção do diagnóstico, da notificação e do acompanhamento dos casos de violência doméstica praticada contra diversos segmentos sociais, dentre os quais as mulheres (BRASIL, 2001). Ainda destaca o risco dos serviços de saúde revitimizarem as mulheres em situação de



violência, atribuindo a elas responsabilidade e culpa pela violência sofrida. Em contrapartida essa política recomenda que os serviços de saúde no atendimento a essas mulheres busquem o seu fortalecimento, por meio do aumento da auto-estima, e procurem promover a reeducação dos agressores e a garantia de uma rede de apoio.

O setor saúde também é evocado na Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) como uma das três áreas estratégicas de apoio às mulheres que são agredidas no âmbito familiar e/ou doméstico (BRASIL, 2006). Essa lei prevê o atendimento da mulher no âmbito da saúde, da assistência social e da segurança pública de forma articulada (BRASIL, 2006). Salienta-se que essa articulação entre as instituições da sociedade potencializa a eficácia e continuidade das ações empreendidas no sentido de romper com o ciclo de violência.

O Ministério da Saúde tem atuado a partir de duas estratégias para garantir o enfrentamento da violência contra as mulheres. Essa estratégias compreendem: “capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver serviços especializados ou de referência” (BRASIL, 2005a, p. 8). Todavia, embora seja de fundamental importância a existência de serviços especializados, não só eles, mas toda a estrutura de serviços do sistema público de saúde deve estar apta a acolher as mulheres que estejam em situação de violência. Por isso, a primeira estratégia do Ministério da Saúde, antes referida, foca a capacitação e equipamento dos serviços de saúde em geral. Isso porque eles se configuram, frequentemente, como a linha de frente no contato com os casos agudos de violência.

O impacto mais direto da violência contra as mulheres sobre esses serviços se refere à procura por tratamento para lesões e traumas e medidas emergenciais como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis no caso de um estupro (D’OLIVEIRA, 2006). Nessas situações os serviços de emergência aparecem como o primeiro foco de atenção a receber demandas relacionadas à violência (D’OLIVEIRA, 2006). Contudo, os serviços de atenção básica também sofrem impactos relativos a esse problema, pois muitas queixas apresentadas pelas mulheres aos serviços de atenção primária podem estar relacionadas à vivência de episódios violentos (D’OLIVEIRA, 2006).

Esses aspectos, aliados a alta cobertura que os serviços de saúde tem da população feminina, demonstram que a área da saúde se apresenta como um local estratégico tanto para a identificação, como para o cuidado dos agravos decorrentes da violência. Entretanto, a atuação dos serviços de saúde será pouco eficiente caso atenda-se somente a essa última dimensão, que privilegia um entendimento restrito da violência, focado em suas conseqüências. Faz-se necessário pensar o



acompanhamento das usuárias e na prevenção de novos episódios violentos (DESLANDES et AL, 2000). Além disso, é preciso pensar na prevenção dos episódios violentos antes mesmo que eles ocorram. Entender a violência contra as mulheres como uma questão que envolve construções sociais, permite compreender que ela não é um aspecto intrínseco ao ser humano, sendo, portanto, passível de prevenção (KRUG et al, 2003).

4. A prevenção à violência contra as mulheres a partir do campo da saúde pública

Ações de natureza preventiva constituem um domínio de aplicação essencial da Saúde Pública. Entretanto, é recente a proposta de prevenção à violência contra as mulheres a partir desse campo. Apenas na passagem da década de 1990 para os anos 2000, essa proposta passou a aparecer com maior frequência nos estudos acadêmicos brasileiros que se dedicam a pensar essa forma de violência sob a ótica da saúde (GOMES, 2003).

Ainda assim, a viabilidade e importância de se pensar ações preventivas à violência em suas diferentes manifestações são reconhecidas pela agenda da política de saúde brasileira. A Política Nacional de Promoção à Saúde, por exemplo, apresenta a prevenção da violência como uma de suas ações específicas, preconizando iniciativas relacionadas à articulação intersetorial, à notificação dos casos de violência e à capacitação de gestores e profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

Mas o que compreende a prevenção da violência contra as mulheres a partir da área da saúde? Algumas contribuições teóricas sobre o tema presentes em estudos brasileiros podem ajudar a responder essa questão. Romeu Gomes (2003) faz uma síntese das questões de prevenção apresentadas em fontes bibliográficas brasileiras produzidas no campo da saúde na década de 1990, que abordam a temática violência e mulher. Ele classifica essas questões em três eixos: o “alerta para a necessidade do setor saúde participar de ações que vão além dele; indicações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde; e recomendações para os serviços de saúde” (GOMES, 2003, p.216).

Já na opinião dos profissionais de saúde as ações de prevenção à violência contra as mulheres passam pelo trabalho em conjunto com outras instituições, mas também pelo papel educativo do setor saúde no sentido de trabalhar com as mulheres os seus direitos de cidadania, a sua condição de sujeito e fortalecer sua auto-estima (ANGULO-TUESTA, 1997). Esse ponto de vista coaduna com as recomendações do Ministério da Saúde brasileiro sobre o tema. Pensando orientações para a prática em relação à violência intrafamiliar, no que diz respeito à prevenção da violência contra as mulheres, esse Ministério observa a promoção de grupos tanto de mulheres,



como de homens para a discussão sobre relações e questões de gênero, poder e violência e a facilitação do acesso às mulheres a uma rede de apoio social (BRASIL, 2001a). Essas recomendações englobam a perspectiva de gênero, pois além de preconizar ações voltadas também para os homens, lança o olhar para as relações e padrões de comportamento entre os gêneros. Além disso, ressaltam atividades para a promoção da cidadania e da condição de sujeito autônomo das mulheres e para a prevenção de comportamentos violentos.

A partir das contribuições acima apresentadas é possível perceber que não existe uma perspectiva única do que seria o papel preventivo que o setor saúde pode desempenhar em relação à violência contra as mulheres. Algumas estratégias são voltadas para mudanças que deveriam ocorrer nas práticas institucionais e na atuação dos profissionais, outras para modelos de atividades específicas a serem executadas pelos serviços de saúde. Todavia, nota-se que alguns pontos são comuns às diferentes perspectivas apresentadas como a ênfase dada à capacitação dos profissionais, às ações educativas em saúde e ao trabalho em rede.

A atuação em conjunto com demais serviços e organizações governamentais e não-governamentais faz parte do entendimento de que as iniciativas de prevenção à violência não devem partir somente do setor saúde. Minayo (1999) ressalta que qualquer programa de prevenção da violência pede a combinação de uma intervenção nos campos macro-estrutural, conjuntural e cultural, assim como nas relações interpessoais e nas questões de ordem subjetiva. Em razão dessa multiplicidade de aspectos, um enfoque voltado para uma rede integrada de ações e serviços pode potencializar a prevenção a esse problema social, sendo esse o eixo fundamental nas propostas do poder público brasileiro para o enfrentamento da violência contra as mulheres (BRASIL, 2003).

Nas ações de saúde pública a prevenção à violência é classificada tradicionalmente em três níveis, os quais são pertinentes a vítimas e aos agressores (KRUG et al., 2003). São eles: a prevenção primária, a qual compreende a prevenção da violência antes que ela ocorra; a prevenção secundária que abarca respostas imediatas a uma situação de violência já instalada e identificada; e a prevenção terciária que envolve intervenções centradas na atenção em longo prazo após a violência já ter ocorrido (KRUG et al., 2003).

Pode-se perceber que essa classificação entende como prevenção não só evitar que o episódio violento ocorra, mas também impedir a sua repetição e agravamento, bem como o aparecimento de seqüelas mais graves em razão da violência. No caso da violência contra as mulheres a prevenção num nível primário pode abarcar, por exemplo, práticas educativas em saúde. Intervenções relacionadas à profilaxia de DST's, contracepção de emergência e acompanhamento



de mulheres em situação de violência sexual exemplificam, por outro lado, prevenções nos níveis secundário e terciário.

O *Informe Mundial Sobre la Violência y la Salud* (KRUG et al., 2003) recomenda que se invista mais na prevenção primária da violência, uma vez que os esforços têm se centrado no tratamento de seus efeitos, concentrando-se as iniciativas preventivas nos níveis secundário e terciário. Os investimentos no nível de prevenção primária causam maior impacto na proteção da população, além de reduzirem os custos no atendimento às vítimas (BRASIL, 2001b). Além disso, a prevenção primária não reduz a intervenção ao tratamento de indivíduos já atingidos pela violência, mas colabora diretamente para a redução da ocorrência desse problema, demandando a identificação e a mudança de elementos que favorecem a ocorrência da violência.

Junto à idéia de prevenção primária aparece o conceito de fatores de risco, muito presente no modelo ecológico da violência. Esse conceito evoca que a prevenção da violência demanda a identificação de sua rede de causalidades. O registro e a notificação dos casos de violência, bem como as pesquisas na área da saúde podem trazer relevante contribuição para a identificação desses fatores. Em contrapartida, promover a mudança desses fatores de risco se mostra como uma atividade que muitas vezes passa por mudanças culturais, pela desconstrução de preconceitos, atitudes e hábitos e pelo enfrentamento de desigualdades de poder em suas diversas redes.

Esses aspectos demonstram a complexidade que envolve a realização de ações preventivas à violência, mas também evidenciam possibilidade de efetivá-las. Nesse ponto, é relevante apontar que o nível de Atenção Básica à Saúde, conhecido também como Atenção Primária, pode ter uma importante participação nesse sentido, pois se apresenta intrinsecamente ligado a ações de caráter preventivo e de promoção à saúde.

O acesso facilitado das mulheres aos serviços de saúde, bem como o fato de a atenção básica constituir o primeiro e preferencial ponto de contato dos usuários com o SUS faz com que alguns autores considerem os serviços de atenção básica como espaços privilegiados para abordar e fazer visível a questão da violência contra as mulheres (DINIZ, 2006). Além disso, pesquisas realizadas com mulheres em unidades de atenção primária apontam significativa prevalência de casos de violência doméstica contra elas. Isso demonstra que o problema chega não somente às emergências hospitalares, mas também aos centros de saúde ainda que indiretamente, sob a forma de queixas associadas a lesões, dores e problemas de saúde derivados de uma situação de violência (D'OLIVEIRA, 2006).



Nos centros de saúde, é reconhecida a grande cobertura e contato desses serviços com as mulheres, as quais os procuram geralmente para adquirir cuidados relativos à própria saúde ou para acompanhar seus filhos em consultas pediátricas. Ademais, nessas unidades são processadas as ações preventivas e de assistência relacionadas à saúde da mulher, preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa tem como alvo central a rede básica de atenção à saúde e traz consigo um eixo de ações educativas que abrem espaço para a abordagem de diversos temas (D’OLIVEIRA, 2006).

Uma outra possível contribuição refere-se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Conjectura-se que a proximidade do agente comunitário de saúde da comunidade na qual atua, bem como as ligadas à promoção da saúde por meio de ações educativas individuais ou coletivas podem ser ferramentas para a detecção precoce dos casos de violência e para a prevenção primária a essa forma de violência.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Laura Helena S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n.2, p.43-54, 2006.

ANGULO-TUESTA, Antonia de Jesús. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 1997. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências*. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº 96 Seção 1e – de 18/05/01. 2001b.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília:SPM, 2003.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Lei Maria da Penha: lei 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Brasília: SPM, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2008.

DESLANDES, Suely F. et al. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan./mar., 2000.



DINIZ, Simone G. SILVEIRA, Lenira P.; MIRIM, Liz A. (Orgs.). *Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005): Alcances e Limites*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006. p. 168-208.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*. 2006. Dissertação (Mestrado em medicina) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GROSSI, Patrícia K. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Orgs.). *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.133-149.

HANE, Bárbara; ELLSBERG, Mary. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. In: *OutLook*, Seattle, Washington, v. 20, n.1, p. 1-8, set/2002.

KRUG, Etienne G. et al. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

_____. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, p. 55-63, jan./abr.2005

GOMES, Romeu. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, Edinilsa R. (Orgs.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p. 199-222.

SCHRAIBER, Lilia B et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n.4 p. 470-477, 2002.