



VIOÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER NA PERSPECTIVA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

DOMESTIC VIOLENCE AGAINST WOMEN IN COMMUNITY HEALTH AGENTS PERSPECTIVE VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA LA MUJER EN LA PERSPECTIVA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

Nayara de Jesus Souza de Oliveira Lima¹, Leonora Rezende Pacheco²

RESUMO

Objetivos: compreender o conceito de Violência Doméstica Contra a Mulher na percepção de Agentes Comunitários de Saúde; identificar as dificuldades e/ou facilidades dos Agentes Comunitários de Saúde em reconhecer situações de Violência Doméstica Contra a Mulher e em atuar diante desses casos. **Método:** pesquisa social, de abordagem qualitativa, realizada em uma Unidade de Saúde da Família de Palmas/TO, Brasil, com 12 agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados a partir da observação de campo e entrevista individual semiestruturada e analisados por meio da Análise de Conteúdo. **Resultados:** emergiram três categorias << Caracterizando a violência >>, << Re-conhecendo a violência >> e << Atuação nos casos de violência >>. O conceito ficou aquém do esperado; o silêncio da mulher e o medo do profissional foram as maiores dificuldades apontadas no reconhecimento e atuação. **Conclusão:** evidenciou-se a necessidade de orientações relativas à conceituação, identificação dos casos e formas de intervenção, permitindo que os profissionais atuem com mais segurança. **Descritores:** Violência Doméstica; Agentes Comunitários de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objectives: to understand the concept of Domestic Violence Against Women in the perception of Community Health Agents; identify difficulties and/or facilities of the Community Health Agents to recognize situations of Domestic Violence Against Women and act on those cases. **Method:** social research, qualitative approach, carried out in a Family Health Unit Palmas / TO, Brazil, with 12 community health workers. Data was collected from the field observation and semi-structured individual interviews and analyzed using content analysis. **Results:** three categories emerged featuring << Violence >>, << Recognizing violence >> and << Acting on cases of violence >>. The concept was less than expected; the silence of women and fear of professionals were the main difficulties mentioned in recognizing and acting. **Conclusion:** the need for guidelines for the conceptualization, identification of cases and forms of intervention was evidenced, allowing professionals to operate more safely. **Descriptors:** Domestic Violence; Community Health Workers; Public Health.

RESUMEN

Objetivos: comprender el concepto de violencia doméstica contra las mujeres en la percepción de agentes comunitarios de salud; identificar las dificultades y/o las facilidades de los agentes comunitarios de salud en reconocer situaciones de violencia doméstica contra las mujeres y actuar en esos casos. **Método:** investigación social de abordaje cualitativo, realizada en una unidad de salud de la familia de Palmas/a Brasil, con 12 agentes comunitarios de salud. Los datos fueron recogidos de la observación del campo y la entrevista semiestructurada y analizados a través del análisis de contenido. **Resultados:** surgieron tres categorías << Caracterizando la violencia >>, << Reconociendo violencia >> y << Actuación en casos de violencia >>. El concepto cayó por debajo de lo esperado; el silencio de las mujeres y el miedo del profesional fueron las dificultades más apuntadas en el reconocimiento y actuación. **Conclusión:** se evidenció la necesidad de guías en la conceptualización, identificación de casos y las formas de intervención, permitiendo que los profesionales actúen de manera más segura. **Descriptores:** Violencia Doméstica; Trabajadores de Salud Comunitarios; Salud Pública.

¹Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Instituto Carlos Chagas de Pós-Graduação. Palmas (TO), Brasil. E-mail: naynha_oliveira@hotmail.com; ²Doutora em Enfermagem, Professora no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins. Palmas (TO), Brasil. E-mail: lerezende@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser definida como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.^{1:5}

A violência se tornou um problema de Saúde Pública de ampla complexidade, presente em diversos cenários, atingindo indivíduos de diferentes grupos, faixas etárias e classes socioeconômicas, acarretando prejuízos não apenas às vítimas como também aos seus familiares e à sociedade, o que demonstra a globalidade desse fenômeno.²

A violência direcionada à mulher é considerada uma das mais frequentes violações dos direitos humanos, atingindo a dignidade das vítimas e ocorrendo, em grande parte, no âmbito doméstico.³⁻⁴ A violência doméstica pode ser definida como qualquer conduta ou omissão que, baseada em gênero, resulta em danos de ordem física, psicológica, sexual, patrimonial ou moral, considerando que o domicílio representa o espaço de convivência permanente de indivíduos que possuam ou não laços familiares.⁵

No Brasil, há avanços e conquistas no enfrentamento da Violência Doméstica Contra a Mulher (VDCM), destacando-se a aprovação e implementação da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para prevenir e coibir a violência perpetrada nos lares.⁶ Outro avanço foi a sanção da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que constituiu como objeto de notificação compulsória, pelos profissionais de saúde, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.⁷

A saúde da mulher é concebida como uma das áreas estratégicas da Atenção Básica (AB) no Brasil, considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortalecida pelo Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi criado em 1994 e inspirado na experiência bem-sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em atuação desde 1991; posteriormente, em sua etapa de consolidação, o PSF passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF).⁸

Um dos recursos necessários para a concretização das ações da AB é a equipe multiprofissional da ESF, composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista,

auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS).⁹ Este último é considerado o elo entre as equipes de saúde da ESF e a comunidade, uma vez que facilita o acesso da população às ações e serviços de saúde, tais como, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade.¹⁰

Em virtude da ESF estar inserida na mesma região geográfica da população atendida, esta pode facilitar o processo de identificação dos casos de violência e, por residirem na localidade onde atuam, os ACSs são os profissionais da ESF que estão mais próximos da comunidade, logo, possuem informações fundamentais dos usuários, o que possibilita contato direto com as situações de violência contra a mulher.¹¹ Entretanto, nota-se que nem sempre os ACSs possuem conhecimentos teóricos e práticos sobre o tema, a fim de fornecer subsídios para a detecção dos casos de violência e encaminhamento das vítimas e suas famílias aos órgãos e/ou entidades competentes.¹² Pesquisa que analisou a conduta de ACSs frente à violência contra a mulher e concluiu que a maioria dos profissionais entrevistados considerou ser a violência um tema de difícil abordagem, sentindo-se despreparada, sem proteção e segurança para atuar, o que contribui para o aumento dos casos e invisibilidade do problema.¹³

Ser membro da comunidade e integrar a equipe da ESF torna o ACS estratégico na identificação de situações de VDCM. No entanto, dificuldades em reconhecer a violência e agir diante desses casos podem fazer com que esse profissional seja espectador da violência, enquanto poderia ser ator social atuando junto à equipe de saúde. Nessa perspectiva, surge a seguinte questão: qual a percepção dos ACSs acerca da VDCM? Esses profissionais estão preparados para reconhecer e atuar frente às situações de VDCM?

Diante do exposto, este estudo se justifica por nortear futuras práticas educacionais e assistenciais a fim de facilitar a identificação da VDCM e direcionar as condutas dos ACSs frente a esses casos, culminando no aumento da visibilidade do problema. Assim, objetiva-se:

- Compreender o conceito de violência doméstica contra a mulher na percepção de agentes comunitários de saúde;
- Identificar as dificuldades e/ou facilidades dos agentes comunitários de saúde

Lima NJSO, Pacheco LR.

em reconhecer situações de violência doméstica contra a mulher e em atuar diante desses casos.

MÉTODO

Pesquisa social, de abordagem qualitativa,¹⁴ realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Palmas/TO, Brasil. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), o Estado do Tocantins apresentou o número de 138 feminicídios entre os anos de 2009 e 2011, média de 46 óbitos por ano, com uma taxa de feminicídios de 6,75 para cada 100 mil mulheres, ficando acima da média nacional, que é de 5,8 casos, e ocupando a 11ª posição no ranking entre os estados brasileiros.¹⁵

A USF, cenário do estudo, está inserida em um dos bairros mais pobres da capital, local em que falta pavimentação asfáltica e sistema de esgotamento sanitário, apresentando altos índices de violência, motivo pelo qual se deu a escolha por essa USF. Os sujeitos deste estudo foram os 12 ACSs atuantes na referida USF, os quais apresentaram idade superior a 18 anos e atuação há mais de 6 meses no serviço.

Inicialmente, com a autorização de entrada no campo de pesquisa, emitida pela Secretaria Municipal da Saúde de Palmas, o projeto de pesquisa foi apresentado aos profissionais atuantes na USF, destacando a importância do estudo, o qual foi prontamente aceito.

Em seguida, realizou-se a observação do campo de estudo por meio de visitas semanais, cujo objetivo foi presenciar a rotina da USF, bem como conhecer e conversar com os ACSs. Tal aproximação possibilitou a criação de vínculos e de relações de confiança com os sujeitos da pesquisa, facilitando o processo de coleta dos dados.

Após participar da rotina da USF e estabelecer vínculo com os ACSs, iniciou-se a coleta dos dados por meio de entrevista individual semiestruturada que permite a obtenção de dados em profundidade, envolvendo questões abertas e flexíveis que possibilitam respostas mais detalhadas.¹⁶ As entrevistas foram gravadas em equipamento digital e, posteriormente, transcritas.

Os dados coletados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2009), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, sendo organizada em três fases: pré-análise; exploração do

Violência doméstica contra a mulher na perspectiva...

material e tratamento dos resultados; inferência e interpretação.¹⁷

A fim de exemplificar as categorias que surgiram após a análise das falas e manter o anonimato dos entrevistados, utilizou-se o termo “Agente Comunitário de Saúde”, representado por “ACS”, seguido do algarismo arábico que corresponde à ordem cronológica de realização das entrevistas.

Em todas as etapas deste estudo, foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.¹⁸ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins (UFT), sob o nº 249/2013.

RESULTADOS

A partir da análise das falas, emergiram 3 categorias: “*Caracterizando a violência*”, “*Reconhecendo a violência*” e “*Atuação nos casos de violência*”.

♦ Caracterizando a violência

Em geral, no que concerne ao conceito de VDCM, as falas ficaram restritas à tipificação física e psicológica da VDCM, sem associação ao âmbito doméstico. Os fragmentos abaixo exemplificam tal afirmação:

[...]é uma agressão né, física e psicológica né [...]. (ACS 3)

[...]é todo tipo de agressão, começando pela psicológica[...] até nas agressões físicas [...]. (ACS 6)

[...]o que machuca e destrói o psico e físico da mulher [...]. (ACS 10)

As falas também evidenciaram que a VDCM é perpetrada apenas pelos maridos:

Pode ser é[...] apanhar do marido [...]. (ACS 4)

[...]é quando o marido é muito violento [...]. (ACS 8)

[...]o agressor[...] machuca né, a parceira [...]. (ACS 9)

♦ Reconhecendo a violência

Todos os ACSs afirmaram identificar situações de violência por meio de sinais resultantes de agressões físicas e psicológicas, conforme demonstram as falas abaixo:

[...]você sabe quando ela tá assustada [...]com medo [...]. (ACS 1)

[...]pela forma de expressar [...]e por marcas no corpo. (ACS 10)

[...]às vezes, ela muda de comportamento [...]os hematomas são uma coisa que nenhuma esconde [...]. (ACS 11)

No que concerne às dificuldades, os ACSs responderam que o silêncio da mulher era o maior empecilho para que pudessem reconhecer a situação de violência:

Lima NJSO, Pacheco LR.

[...]a mulher acaba se prendendo [...]. (ACS 2)
[...]é quando a gente não vê marca no corpo e a pessoa é muito fechada, não se abre com a gente, é uma dificuldade [...]. (ACS 8)
[...]ela pode esconder com medo do agressor [...]. (ACS 9)

A confiança da mulher em relatar a violência sofrida ao ACS, conquistada por meio dos vínculos criados nas visitas domiciliares, foi mencionada pelos sujeitos como a maior facilidade no reconhecimento da VDCM:

[...]através, assim, da gente tá indo ali todo mês, né, vai pegando aquela[...] integração [...]intimidade mesmo e ela vai se abrindo [...]. (ACS 3)
[...]você cria um círculo de amizade, então, quando você chega lá, ela se abre [...]. (ACS 6)
[...]você é conhecida na área, a mulher te conhece, então isso facilita muito essa[...] essa percepção de violência. (ACS 10)

◆ Atuação nos casos de violência

Em geral, as falas revelaram ausência de padronização no atendimento e desarticulação dos serviços de amparo à mulher vítima de violência, além do desconhecimento acerca da conduta adequada, o que pode ser apontado com uma das dificuldades dos ACSs no que se refere à atuação frente à VDCM. As respostas foram diferenciadas.

Alguns ACSs mencionaram que fariam orientações à vítima:

[...]Jeu tenho que[...]e cabe a mim orientar ela [...]. (ACS 1)
[...]procuraria falar com ela, pra ela tomar uma posição, né, de denunciar o agressor, de sair de casa, procurar a família [...]. (ACS 9)
[...]orientando ela a ir no Ministério Público, em algum lugar, na delegacia da mulher, né [...]. (ACS 12)

Outros denunciariam o caso:

[...]a gente faz uma denúncia, né, anônima [...]. (ACS 3)
[...]a gente pode ajudar é denunciando anônimo pros órgãos competentes, né [...]. (ACS 7)

Alguns ACSs disseram que omitiriam a situação de violência:

[...]acho que eu queria mesmo era[...] tirar o corpo fora [...]. (ACS 5)
[...]além da mulher não querer que muitas pessoas se envolvam e a gente também pode ser é[...] se sentir ameaçado por parte do parceiro [...]. (ACS 2)

Apenas um sujeito mencionou que comunicaria o caso à equipe de saúde:

Comunicaria primeiro é[...] ao meu coordenador, que é meu enfermeiro que me coordena pra vê o quê que a gente poderia fazer, né. (ACS 4)

Violência doméstica contra a mulher na perspectiva...

O medo foi mencionado pelos ACSs como a maior dificuldade em atuar nas situações de VDCM, conforme demonstram as falas abaixo:

[...]pode ser que aconteça alguma coisa comigo. Então já fica difícil, eu tenho medo. (ACS 4)
O que ela fala pra ti, depois, ela conta pro marido. É difícil. (ACS 9)
[...]é o medo do agressor como eu já citei também [...]. (ACS 10)

Observa-se que a confiança no trabalho do ACS também foi a facilidade mais citada pelos sujeitos no concerne à atuação desses profissionais frente às situações de VDCM, o que pode ser confirmado nos fragmentos:

A questão de facilidade a gente tem por conhecer a moradora e ter contato com ela diariamente, né, nas visitas [...]. (ACS 3)
Pelo nosso trabalho de agente [...], conversando com a moradora, então, ela confia em passar tais situações [...]. (ACS 9)
[...]o que facilita é a intimidade mesmo com a família, com mulher, né [...]. (ACS 10)

DISCUSSÃO

◆ Caracterizando a violência

Segundo a Lei Maria da Penha, a violência doméstica pode ser definida como qualquer conduta ou omissão que, baseada em gênero, resulta em danos de ordem física, psicológica, sexual, moral ou patrimonial, considerando que a unidade doméstica representa o espaço de convivência permanente de indivíduos que possuam ou não laços familiares.⁵

A partir da definição acima, evidencia-se que os ACSs possuem uma conceituação de VDCM aquém do esperado, limitada às formas física e psicológica, não mencionando a sexual, a moral e a patrimonial. O fato dos ACSs terem citado apenas as formas física e psicológica da violência doméstica pode ser justificado por esses serem os tipos mais comuns de agressões perpetradas contra as mulheres.¹⁹

Na violência física, o agressor atenta contra a integridade corporal da mulher; humilhações, desrespeitos e intimidações configuram violência psicológica; na violência sexual, a mulher é exposta a práticas sexuais forçadas ou não consentidas; a violência moral se caracteriza por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias contra a vítima; a violência de natureza patrimonial, por sua vez, resulta em prejuízos materiais, de recursos e/ou documentos.²⁰

Na violência doméstica, o agressor pode ser um familiar, um empregado ou pessoas de convívio esporádico, no entanto, vale ressaltar que o companheiro é o agressor mais frequente, quando se trata de violência

Lima NJSO, Pacheco LR.

direcionada à mulher, o que corrobora com a fala dos ACSs.²¹

♦ Re-conhecendo a violência

Observa-se que os ACSs identificam a VDCM por meio de marcas provocadas por violência física e psicológica, o que pode ser explicado por terem associado o conceito de VDCM apenas a essas tipificações, revelando um reconhecimento limitado. As lesões físicas e as mudanças de comportamento que denunciam agressões psicológicas representam indicadores de violência contra a mulher; no entanto, outras manifestações também podem sugerir atos violentos, não podendo ser analisadas isoladamente, tais como, queixas de hemorragias vaginal ou retal, dor ao urinar, corrimentos, uso de roupas inadequadas para o clima, distúrbios alimentares, pensamentos suicidas, dores crônicas, falta de ânimo para os cuidados com a casa, com os filhos e com ela própria.²²

O silêncio da mulher é uma das maiores dificuldades em reconhecer a violência, uma vez que a vítima não costuma contar sobre os atos violentos sofridos, pois temem tanto a represália do agressor, quanto o preconceito dos profissionais de saúde, que as julgam como corresponsáveis pelas agressões, cobrando atitudes que, muitas vezes, não são possíveis de serem tomadas.²²

Vários fatores contribuem para que a mulher permaneça em silêncio frente à violência, dentre eles, a insegurança, a fragilidade diante da situação, a dependência financeira, o medo de denunciar a violência e sofrerem punição por parte do agressor e, muitas vezes, os preconceitos, questões familiares, culturais ou de gênero fazem com que a mulher não denuncie as agressões por vergonha da sociedade ou por não reconhecerem a situação vivida como violência e também pela descrença no cumprimento da Lei Maria da Penha de proteção à mulher.²³

Os vínculos criados entre os ACSs e as mulheres em situação de violência possibilitam que os diálogos se estabeleçam de forma espontânea e horizontal, pelo fato dos ACSs visitarem constantemente as mulheres e adentrarem no cenário da violência, isto é, o espaço doméstico.²⁰

♦ Atuação nos casos de violência

Uma das funções do ACS é identificar situações de risco, logo, esse profissional precisa estar atento às manifestações que possam indicar VDCM, comunicando suas suspeitas à equipe de saúde, de modo que estratégias possam ser definidas para lidar com a situação.²⁴

Violência doméstica contra a mulher na perspectiva...

A ausência de protocolos específicos e o desconhecimento da existência de uma rede estruturada de atendimento às mulheres vítimas de violência pode contribuir para que os profissionais da ESF se sintam incapazes de abordar a questão na sua prática assistencial.²⁵ Vale ressaltar que a assistência à mulher em situação de violência doméstica deve ser prestada de forma articulada, prevendo uma rede de atendimento integrada às áreas da segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação.²⁶

Observa-se que alguns ACSs omitiriam o caso de VDCM, sem tomar qualquer providência. Tal atitude pode ser justificada pelo fato de sentirem medo e falta de apoio para lidar com a situação, revelando que a questão da violência doméstica não é abordada com constância na atuação do ACS.²⁷

Os profissionais necessitam, considerando a complexidade do tema e o despreparo em lidar com a violência, de capacitações que abordem questões relativas às estratégias de identificação da violência doméstica, discussões sobre leis, fluxos, notificação e articulações com os demais serviços de amparo à mulher.²⁸

O medo dos ACSs está relacionado, na maioria dos casos, ao agressor. Tal achado revela que esses profissionais se sentem desprotegidos e inseguros ao atuar diante da VDCM.²⁷ Além disso, pelo fato dos ACSs estarem inseridos na comunidade, alguns usuários têm conhecimento de onde moram esses profissionais, fazendo com que o medo dos agressores interfira negativamente na atuação dos ACSs frente à violência.²⁹

A Lei Maria da Penha promoveu mudanças no cenário das mulheres expostas à violência doméstica em relação à prevenção, à assistência e à punição ao agressor, entretanto, ainda há dificuldades no que se refere à sua aplicabilidade, por precariedade de recursos físicos e humanos relacionados à polícia ou às demais instituições da rede de atendimento, fazendo surgir o medo e a insegurança da mulher e dos profissionais em revelar situações de violência e agir diante dos casos.³⁰

CONCLUSÃO

Este estudo revelou que os ACSs possuem um entendimento aquém do esperado acerca da conceituação, do reconhecimento e atuação em relação à VDCM. O conceito que os ACSs atribuíram à VDCM limitou-se às formas física e psicológica, sem associação ao espaço doméstico, reconhecendo apenas os maridos como os responsáveis pela violência.

Lima NJSO, Pacheco LR.

Constatou-se que as agressões físicas e psicológicas são as únicas manifestações de VDCM identificadas pelos ACSs, revelando o silêncio da mulher como a maior dificuldade para o reconhecimento da violência e a confiança no ACS como a facilidade mais citada.

O desconhecimento acerca da conduta adequada em atuar frente à VDCM é uma das maiores preocupações observadas neste estudo, uma vez que não foi constatado um direcionamento adequado para a assistência à mulher vítima de violência. O medo do ACS, principalmente relacionado ao agressor, foi apontado como a maior dificuldade ao atuar, uma vez que esses profissionais se sentem inseguros e desprotegidos; e a maior facilidade relatada também foi a confiança das mulheres no ACS.

Os resultados desta pesquisa revelam a necessidade de formulação de projetos de educação continuada para os profissionais da saúde que compõem a equipe da ESF, especialmente os ACSs, por meio da realização de orientações relativas à conceituação, identificação dos casos, formas de intervenção e discussão acerca dos instrumentos legais disponíveis para proteção das mulheres. Além disso, constatou-se que é necessário o estabelecimento de um canal de comunicação efetivo e integrado entre os profissionais da equipe de saúde.

É válido ressaltar a importância de se abordar o tema da violência nas instituições de ensino, durante o processo de formação profissional, a fim de preparar os acadêmicos para prestar assistência adequada às vítimas de VDCM e suas famílias, fortalecendo as ações dos discentes enquanto futuros membros de uma equipe de saúde.

As estratégias de abordagem da violência são fundamentais no direcionamento da assistência, permitindo que os profissionais atuem com mais segurança. Este estudo também auxilia no fomento de políticas públicas voltadas às mulheres vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Genebra: WHO; 2002.
2. Labronici LM, Ferraz MIR, Trigueiro TH, Fegadoli D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Jul 10];44(1):126-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a18v44n1.pdf>
3. Costa CTS, Oliveira EN, Costa SS, Félix TA, Eloia SMC, Santos FD. Violence against women: facts and contexts of police reports. J nurs UFPE on line [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 20];9(Supl. 1):288-95. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/5263/pdf_6983
4. Brasil. Presidência da República, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011.
5. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
6. Medrado B, Lemos AR, Brasilino J. Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. Psicol estud [Internet]. 2011 [cited 2015 June 09];16(3):471-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a14.pdf>
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];18(7):2147-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf>
11. Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2015 June 10];17(6):974-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/08.pdf>
12. Scaranto CAA, Biazevic MGH, Crosato EM. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher.

Lima NJSO, Pacheco LR.

Psicol cienc prof [Internet]. 2007 [cited 2015 Aug 19];27(4):694-705. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n4/v27n4a10.pdf>

13. Lira CEPR, Silva PPAC, Trindade RFC. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. Rev eletr enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 20];14(4):928-36. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/12237/13358>

14. Minayo MCS. O desafio da pesquisa social. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 9-29.

15. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil. Ipea; 2013.

16. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

17. Bardin L. Análise de conteúdo. 5 ed. Lisboa: Edições 70; 2009.

18. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

19. Rafael RMR, Moura ATMS. Considerações éticas sobre pesquisas com mulheres em situação de violência. Rev bras enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];66(2):287-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/21.pdf>

20. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];29(6):1230-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a19v29n6.pdf>

21. Acosta DF, Gomes VLO, Barlem ELD. Profile of police reports related to violence against women. Acta paul enferm [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];26(6):547-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/apv/v26n6/en_07.pdf

22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

23. Moura MAV, Netto LA, Souza MHN. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. Esc Anna Nery [Internet]. 2012

Violência doméstica contra a mulher na perspectiva...

[cited 2015 June 10];16(3):435-42. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/02.pdf>

24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

25. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violence among female users of healthcare units: prevalence, perspective and conduct of managers and professionals. Rev saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2015 June 10];46(2):351-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3137.pdf

26. Brasil. Presidência da República, Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340/2006. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2012.

27. Lira CEPR, Silva PPAC, Trindade RFC. Conduta dos agentes comunitários de saúde diante de casos de violência familiar. Rev eletr enferm [Internet]. 2012 [cited 2015 June 10];14(4):928-36. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a22.pdf

28. Gomes NP, Erdmann AL, Bettinelli LA, Higashi GDC, Carneiro JB, Diniz NMF. The meaning of professional training for the care of women victims of domestic violence. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2015 June 10];17(4):683-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0683.pdf

29. Jardim TA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [cited 2015 June 10];13(28):123-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>

30. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicides: female homicide in Brazil. Rev saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2015 June 10];45(3):564-74. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_1931.pdf

Submissão: 16/09/2015

Aceito: 20/10/2016

Publicado: 15/11/2016

Correspondência

Leonora Rezende Pacheco
Universidade Federal do Tocantins
Departamento de Enfermagem
Av. NS 15, 109 Norte, Plano Diretor Norte –
Bloco BALA II
CEP 77001-090 – Palmas (TO), Brasil