

A violência de gênero na Atenção Básica sob a ótica dos profissionais de saúde

Gender violence in Primary Care from the perspective of health professionals

Violencia de género en Atención Primaria desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Poliana Terra Pires Ribeiro Coelho Caires^{1*}, Pedro Fonseca de Vasconcelos¹, André Luís Carvalho de Souza¹, Iasmin Alves Cruz Moy Santana¹, Lara Alves de Souza Pereira Santos¹, Rebeca Santos Ramos de Almeida¹, Ane Caroline Cavalcante Cardoso², Livia Prates Santos Padre³, Vicente José Araújo Neto³, Ana Luzia Oliveira Boccanera³.

RESUMO

Objetivo: Revisar e refletir acerca da postura do profissional de saúde que presta atendimento, a nível de Atenção Básica, às pacientes vítimas de violência de gênero. **Revisão bibliográfica:** A violência de gênero é um fenômeno social que surge a partir das desigualdades entre os sexos e causa adoecimento físico, mental e sexual, sendo considerada um problema de saúde pública. Suas principais vítimas são mulheres e essas buscam frequentemente os serviços da Atenção Básica para atendimento. Estes, entretanto, são pouco resolutivos devido às lacunas na formação acadêmica e a baixa capacitação de seus profissionais sobre o tema. **Considerações finais:** Uma postura despreparada, pouco crítica e estereotipada pelo senso comum acerca desse fenômeno contribui para a fragilização da assistência e desqualificação do atendimento humanizado. Dessa forma, faz-se necessário a construção de novos estudos, programas de aprimoramento e educação continuada de modo que os profissionais de saúde sejam sensibilizados e preparados para lidar com as vítimas da violência de gênero.

Palavras-chave: Violência de gênero, Profissionais de saúde, Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To review and reflect on the attitude of the health professional who provides assistance, at the level of primary care, to victims of gender violence. **Bibliographic review:** Gender violence is a social phenomenon that arises from inequalities between the sexes and causes physical, mental and sexual illness, being considered a public health problem. Their main ones are women and they often seek the services of Primary Care for care. These, however, are not very resolvable due to the gaps in academic training and the low qualification of its professionals on the subject. **Final considerations:** An unprepared posture, not critical and stereotyped by common sense about this phenomenon contributes to the weakening of assistance and disqualification of humanized care. Thus, it is necessary to build new studies, improvement programs and continuing education so that health professionals are sensitized and prepared to deal with the victims of gender-based violence.

Key words: Gender-based violence, Health personnel, Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Revisar y reflexionar sobre la actitud del profesional de la salud que atiende, a nivel de atención primaria, a las víctimas de violencia de género. **Revisión bibliográfica:** La violencia de género es un fenómeno social que surge de las desigualdades entre los sexos y ocasiona enfermedades físicas, mentales y sexuales, siendo considerada un problema de salud pública. Sus principales son mujeres y con frecuencia buscan los servicios de Atención Primaria para su atención. Estos, sin embargo, son poco resolubles debido a las lagunas en la formación académica y la baja calificación de sus profesionales en la materia.

¹ Faculdades Santo Agostinho (FASA), Vitória da Conquista – BA. *E-mail: polianacaires@gmail.com

² Centro Universitário UniFTC (UniFTC), Salvador – BA.

³ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (Ebmsp), Salvador – BA.

Consideraciones finales: Una postura desprevenida, no crítica y estereotipada por el sentido común sobre este fenómeno contribuye al debilitamiento de la asistencia y descalificación del cuidado humanizado. Por ello, es necesario construir nuevos estudios, programas de mejora y educación continua para que los profesionales de la salud estén sensibilizados y preparados para atender a las víctimas de violencia de género.

Palabras clave: Violencia de género, Personal de salud, Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

A violência pode ser caracterizada como a utilização de força de forma intencional que, através de ameaças, agressões físicas ou psicológicas, pode desencadear sofrimento, prejuízos emocionais ou até o óbito do indivíduo. Há muito tempo, a violência tornou-se uma preocupação para as esferas governamentais, pois o número de suas vítimas tem aumentado substancialmente, gerando assim impactos sociais e orgânicos e sua consolidação como um grave problema de saúde pública (SANTI LN, et al., 2010).

Nesse contexto, a violência de gênero surge nas expressões da desigualdade social entre os sexos e se enquadra como um fenômeno que preocupa e vulnerabiliza as populações. Cerca de 13% a 61% das mulheres em todo mundo já foram vítimas de violência física. No Brasil, além da alta prevalência desses ataques às mulheres em geral, há também uma variação de 5,1% a 19,1% de agressões contra gestantes, o que permite inferir o quão grave podem ser as repercussões individuais e coletivas que esse ato ocasiona (BARALDI ACP, et al., 2012).

Vieira EM, et al. (2013) discutiram que a violência de gênero é extensivamente reconhecida como uma grave violação dos direitos humanos, tornando-se uma questão jurídica e sanitária bastante debatida. Os autores relatam que 80% de todos os casos de agressão advém dos membros da própria família e a prevalência desses acometimentos no Brasil ocorrem majoritariamente em ambiente rural, sendo representados por 37%, enquanto em regiões urbanizadas esta taxa cai para 29%.

Assim, temos que as raízes desse tipo de violência estão arraigadas e, infelizmente, disseminadas em nossa sociedade. Apesar de vivermos em um século marcado por avanços tecnológicos e humanitários, a ideologia patriarcal, na qual os homens reservam o direito sobre a vida e a morte, ainda impera em muitos segmentos sociais. Dessa forma, tem-se que a organização da sociedade fundamentada no patriarcalismo contribui diretamente para a perpetuação dessas ações violentas em função do gênero (NARVAZ MG e KOLLER SH, 2006).

Por ser considerada um fenômeno social complexo, a violência acarreta consequências não só físicas, psicológicas e morais, mas também na perpetuação de relações sociais baseadas na subordinação, medo, isolamento e dependência (LEITE FMC, et al., 2018). A desigualdade de poder baseada na diferença entre os sexos biológicos ocorre em virtude da permanência de uma percepção antiquada e conservadora do binômio “homem-mulher” e, muitas vezes, se manifesta como questão central desse fenômeno, tendo a opressão como a principal ferramenta na qual o poder patriarcal dominante é exercido e expresso (LUCENA KDT, et al., 2016).

De acordo com as estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma em cada três mulheres já sofreram violência física e/ou sexual, o que corresponde a cerca de 35% das mulheres do mundo. A maioria destes crimes são infligidos por cônjuges ou ex-cônjuges, sendo 38% dos assassinatos cometidos pelo gênero masculino (WHO, 2013). Fiorotti KF, et al. (2018) entrevistaram 302 mulheres pacientes de um hospital escola no Espírito Santo e descreveram que, do total, 43% já haviam experimentado situações de maus tratos em algum momento da vida e 7,6% sofreram agressões físicas nos últimos 12 meses anteriores a pesquisa. Além disso, relataram que 50% das entrevistadas foram atacadas por meio de tapas e empurrões e a região mais acometida do corpo foi a cabeça.

Dessa forma, a presença de vítimas de violência nos serviços de saúde tem se tornado cada vez mais expressiva, pois boa parte de suas usuárias se encontram em situação de agressão ou já viveram em algum momento da vida essa violação de seus direitos. Schraiber LB, et al. (2010) afirmam que do total de mulheres

que buscam as Unidades Básicas de Saúde, cerca de 20% a 40% já sofreram agressões físicas pelo menos uma vez na vida e 40% a 54% já vivenciaram mais de um tipo de violência. Normalmente, essas pacientes são políquelixosas e possuem lesões que não se explicam de forma adequada, além de depressão, ansiedade, síndrome do intestino irritável, transtornos vagais, dor pélvica crônica, dentre outros sinais e sintomas inespecíficos (SILVA SA, et al., 2015).

O profissional de saúde deve atender as vítimas de violência garantindo o sigilo e a segurança das informações, desenvolvendo atitudes compreensivas e evitando o julgamento, a fim de estabelecer o processo de cuidado com vínculo, solidariedade e respeito (OLIVEIRA CS, et al., 2018). Para mais, faz parte do papel do profissional notificar quando pertinente, pois isso é fundamental para alimentar os sistemas de informações válidas e confiáveis, de modo a orientar as ações de intervenção e vigilância. Ainda, apresentar as redes de proteção à mulher, os grupos de autoajuda, planos de segurança e demais recursos que buscam superar o problema e empoderar a paciente, ajudando-a a se enxergar novamente como sujeito de suas próprias escolhas (MELO EM e MELO VH, 2016).

Portanto, considerando a relevância do tema e as repercussões que esse fenômeno traz socialmente, o presente estudo possui como objetivo revisar e refletir acerca da postura do profissional de saúde que presta atendimento, a nível de Atenção Básica, às pacientes vítimas de violência de gênero.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Sob influência das mudanças culturais e políticas decorrentes do processo de redemocratização do país, o final da década de 80 torna-se marcante no âmbito dos estudos que possuem como objetivo compreender o fenômeno social da violência contra a mulher bem como a posição dessa em relação à violência. Entretanto, atualmente, os debates franceses e norte-americanos acerca da construção social do sexo e do gênero vêm influenciando os estudos brasileiros a adotarem uma mudança teórica relevante, que é substituir a palavra violência contra “mulher” por violência de “gênero” (FACCHINI R e FERREIRA CBC, 2016).

O termo “gênero” possui significado político, pois origina-se da construção coletiva do que se atribui socialmente para masculinidade e feminilidade, sendo uma denominação proposta para diferenciar-se do sexo biológico que define as características de cada indivíduo (OKA M e LAURENTI C, 2018). Logo, esse fenômeno social deve ser entendido de uma maneira ampla, abrangendo tanto a violência doméstica quanto intrafamiliar, podendo ser causada por: homem contra mulher; homem contra outro homem e mulher contra outra mulher (SARDENBERG CMB e TAVARES MS, 2016). No entanto, os ataques ainda são uma expressão dominante masculina, pois é fruto de uma ideologia patriarcal que induz relações violentas entre os sexos (CARNEIRO AA e FRAGA CK, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, também conhecida como “Lei Orgânica de Saúde”, surge com o propósito de garantir acesso universal de toda a população aos serviços básicos que oferecem cuidado (SOUZA GCA e COSTA ICC, 2010). Assim, no contexto da violência de gênero, o SUS é percebido como uma instância apta para receber, acolher e tratar a mulher vítima de violência. Tal manejo deve ser feito por profissionais capacitados, munidos de uma educação permanente, além de ambiente adequado e seguro para o trabalho (DELZIOVO CR, et al., 2018).

O processo saúde-doença da mulher ganha então uma nova abordagem nos seus atendimentos, pois seus profissionais são incentivados a visualizar de maneira ampla o impacto da violência de gênero na saúde de suas pacientes, requerendo um enfoque cada vez mais humanizado nas consultas e demais ações oferecidas pela Atenção Primária (SANTOS SC, et al., 2018). À vista disso, é esperado dos trabalhadores inseridos nas Unidades Básicas de Saúde a capacitação necessária para lidar com a violência de gênero no cotidiano dos serviços. Entretanto, não são raros os discursos em que esses trabalhadores relatam lacunas em sua formação acadêmica a respeito do assunto. Logo, o confronto com a vivência prática da situação muitas vezes torna-se a principal fonte de aprendizado (SOUZA AAC e CINTRA RB, 2018).

Pedrosa CM e Spink MJP (2011) afirmam que a principal consequência da pouca ou nenhuma abordagem desse tema durante a graduação é o despreparo profissional no que tange o atendimento, acolhimento e encaminhamento de uma paciente vítima de violência. Muitos profissionais focam apenas no tratamento

medicamentoso e por não estarem familiarizados com a conduta adequada acabam não considerando a interdisciplinaridade do cuidado através da equipe multiprofissional (PEDROSA CM e SPINK MJP, 2011). Dessa forma, inserir esse debate na comunidade científica possibilita a compreensão do fenômeno social da violência de gênero, como esse gera impacto na saúde da mulher e qual a maneira correta de tratar e acolher as pacientes vulneráveis (SOUZA TMC e REZENDE FF, 2018).

Como uma resposta a esse entrave, o Conselho Nacional de Educação aprova em 2014 as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina. Tal documento reafirma que o graduando deve guiar-se na prática médica considerando a determinação social no processo de saúde-doença (MEIRELES MAC, et al., 2019). Assim, as Instituições de Ensino Superior são inspiradas a trabalharem na grade curricular as dimensões sociofamiliares e socioculturais da violência contra a mulher que se escondem por trás dos sinais e sintomas fisiológicos, cabendo ao profissional de saúde não só a capacitação no tratamento das lesões, mas também no atendimento humanizado, livre de preconceitos, julgamentos e respeitando sempre as individualidades de cada paciente bem como sua história de vida (MACHADO DF, et al., 2016).

Em estudo, Franzoi NM, et al. (2011) identificaram que os profissionais da saúde enxergam esse fenômeno social como uma barreira difícil de ser combatida, pois os diferentes tipos de agressões se iniciam no ambiente intradomiciliar, muitas vezes em decorrência da falta de respeito mútuo entre os casais. Além disso, os entrevistados julgaram que a baixa autoestima por parte das mulheres e a fragilidade intrínseca ao sexo feminino são outros fatores que permitem a ocorrência desses ataques advindos dos homens. Como resultado, os autores concluem que é necessário a construção de uma postura e opinião mais crítica a respeito do tema, afinal os membros das Equipes de Saúde defendiam uma visão conservadora e machista, baseada essencialmente nos estereótipos disseminados pelo senso comum.

Por outro lado, os aspectos multifatoriais que estão atrelados a violência de gênero são reconhecidos com um menor juízo de valor pelos trabalhadores da saúde. O acesso precário à educação aliado a baixa escolaridade, pobreza, desemprego e uso/abuso de álcool e outras drogas foram alguns dos fatores, apontados pelos profissionais do SUS da Grande São Paulo, que contribuem direta e indiretamente para a ocorrência e perpetuação das agressões. Entretanto, embora reconheçam essas variáveis muitos entrevistados também imprimiram forte carga moral em suas falas quando as perguntas da pesquisa eram direcionadas para as vítimas, pois afirmaram acreditar que as mulheres são, na maioria das ocasiões, as principais responsáveis pela situação vulnerável que estão inseridas (KISS LB e SCHRAIBER LB, 2011).

Nessa perspectiva, é essencial que esses profissionais abandonem seus preconceitos e ofereçam uma assistência de forma qualificada, humanizada e eficiente às mulheres vítimas de violência. Gomes NP, et al. (2012) salientaram a importância do olhar clínico e subjetivo relacionado ao adoecimento, de modo a identificar precocemente as necessidades de cada indivíduo. Os autores afirmam ainda que é de grande valia reconhecer esses ataques e atentados como um problema de responsabilidade política, pois necessita o incentivo e construção de redes de apoio e proteção a vítima que extrapolam os muros da Unidade Básica de Saúde.

Dantas-Berger SMD e Giffin KM (2011) entrevistaram 23 trabalhadores da saúde, sendo 4 homens e 19 mulheres, acerca de suas respectivas percepções sobre a concepção da violência contra a mulher. Os autores descreveram que a maioria dos entrevistados possuem uma forte tendência a resumir a violência de gênero às agressões físicas e emocionais, considerando-as ocorrências que podem ser facilmente identificadas durante a consulta e exame físico. Os autores relatam ainda que grande parte dos entrevistados não possuem uma compreensão crítica e ampla da violência de gênero. Porém, quando confrontados pelo assunto durante a realização da pesquisa, reconheceram as limitações que possuíam e propuseram-se a potencializar sua visão acerca do tema (DANTAS-BERGER SMD e GRIFFIN KM, 2011).

Apesar dos profissionais compreenderem que a anamnese é um procedimento fundamental para, além de levantar hipóteses diagnósticas, estabelecer um vínculo construído no respeito e acolhimento com o paciente, o direcionamento dessa entrevista para aspectos mais pessoais, como o da violência intrafamiliar não fazem parte da rotina dos atendimentos. Um dos motivos apontado para isso é que esses trabalhadores muitas vezes não se sentem confortáveis ou seguros para iniciar um diálogo de aspecto tão íntimo. Desse modo, a

identificação das agressões, físicas e psicológicas, muitas vezes ocorre apenas quando as lesões são perceptíveis ou quando a paciente, espontaneamente, refere alguma queixa atrelada a esse contexto (OSIS MJD, et al., 2012).

Embora seja um fenômeno comum, o percentual de trabalhadores que declaram uma suspeita de violência de gênero como caso confirmado pode se revelar baixo em algumas Estratégias Saúde da Família. O estudo conduzido por Souza EG, et al. (2018) em 10 municípios brasileiros revelou que menos da metade dos 438 entrevistados tomou alguma atitude diante de uma suspeita de agressão, optando, dessa forma, em adotar uma postura omissa por não saber dar seguimento ao atendimento nos casos confirmados. Contudo, tal comportamento contribui para baixas notificações e, conseqüentemente, para a construção de falsos indicadores, promovendo a invisibilidade da violência como um problema de saúde pública e dificultando a construção de estratégias para o seu enfrentamento (GUEDES RN, et al., 2013).

Uma formação profissional fortemente influenciada pelo modelo biomédico direciona a abordagem da prática clínica apenas nas patologias, lesões e alterações orgânicas que estejam relacionadas ao corpo. Frequentemente, a percepção emocional, psicológica, social e cultural não é incluída durante o acolhimento ao paciente nas consultas, logo a atenção integral a saúde tonar-se um processo fragmentado, fragilizando o cuidado ao indivíduo e a construção de vínculo na relação médico-paciente. Considerando esse cenário, temos que a assistência com a mulher não ocorre de maneira diferente, pois é realizada como uma prática fundamentada em medicações e no modelo basicamente biológico (SILVA EB, et al., 2015).

Em concordância com esse pensamento, por meio de uma pesquisa participante com trinta voluntários de seis Equipes de Saúde da Família, relataram que a maioria dos trabalhadores não reconheciam as queixas que não fossem doenças como um serviço de sua competência. Ademais, não se sentiam seguros para atender casos de violência de gênero em decorrência da ausência de protocolos e fluxos de atendimentos nas unidades que atuavam. Todavia, tal fato, na concepção dos autores, evidencia que a necessidade desses profissionais em conduzirem suas consultas com base em um protocolo reafirma como muitos ainda possuem a concepção hospitalocêntrica e fragmentada do atendimento, além da pouca habilidade com tecnologias específicas que vão além da prática medicalizante (EGRY EY, et al., 2017).

Os ataques podem acompanhar a mulher em todas as fases de sua vida, incluindo o período gestacional. Ramalho NMG, et al. (2017), destacam que nos últimos anos há uma prevalência de estudos que revelam a violência psicológica como principal agressão às mulheres gestantes, podendo estar associada ou não à violência física e sexual. Nessa perspectiva, temos que cerca de 55,2% das gestantes relatam ter sofrido algum tipo de violência e dentro desse percentual 15,5% dos atentados ocorreram ainda enquanto estavam grávidas. Entretanto, apenas 11,8% dos profissionais de saúde afirmam reconhecer a alta ocorrência de violência na gravidez, prejudicando, por sua vez, a qualidade da assistência pré-natal em territórios nos quais a violência é significativamente presente (MARTINS LCA, et al., 2018).

À vista disso, Vieira EM e Hasse M (2017) discutiram que existe um evidente despreparo dos profissionais da saúde em identificar e acolher as vítimas de violência doméstica. Os autores afirmam que o problema está não somente no tema violência de gênero, mas também na perspectiva intersetorial que sustentam práticas discriminatórias, especialmente tratando-se da rede de segurança pública e dos setores judiciários que fortalecem os estereótipos tradicionais de masculino e feminino. Por isso, em muitos serviços de atenção à saúde existe a invisibilidade da violência que debilita o acolhimento, os encaminhamentos necessários e a integralidade do cuidado. Esses fatores são reforçados pela fragmentação da rede, por processos gerenciais desorganizados e pela ineficiência das políticas públicas.

Um aspecto fundamental para o enfrentamento desse fenômeno e que também é alvo de desconhecimento é a notificação compulsória. Um dos discursos mais relatados pelos entrevistados de um estudo com profissionais de saúde, conduzido por Leite AC e Fontanella BJB (2019), é que a falta de familiaridade com os documentos que fazem parte desse processo prejudica a construção de uma conduta adequada e eficiente dos profissionais diante de uma situação de violência. Os autores relatam ainda que alguns entrevistados acreditam caber apenas às autoridades policiais a responsabilidade de notificar, além disso alegaram desconforto no preenchimento das fichas de notificação, justificando a sua não realização devido ao excesso de burocracia presente nesses formulários.

Portanto, pode-se inferir que a maioria dos casos de ataques contra a mulher percebidos na Atenção Básica são subnotificados. Muitos profissionais de saúde, além de não reconhecerem a importância desse procedimento, questionam a sua obrigatoriedade e veem este processo apenas como uma forma de denúncia, relatando dúvidas sobre o verdadeiro efeito que isso teria na prática. Contudo, permanecer com esse pensamento deslegitima a ocorrência desse fenômeno e, conseqüentemente, a possibilidade de ocorrer mudanças socioculturais e educativas nesse contexto, como a construção e promoção de estratégias para a prevenção e enfrentamento dessa violação dos direitos das mulheres no âmbito da saúde pública (BORBUREMA TLR, et al., 2017).

Atualmente as preocupações acerca da violência de gênero aumentaram de modo gradual devido ao momento histórico que o mundo está vivenciando. A pandemia do COVID-19 por necessitar o isolamento social acabou forçando o convívio contínuo entre as mulheres e seus agressores e com isso as taxas de feminicídio em 2020 aumentaram cerca de 40%, em comparação ao ano de 2019, em vários municípios do Brasil. Nesse cenário, o acesso aos serviços de saúde diminuiu consideravelmente e as consultas remotas surgiram como uma forma de tentar dar continuidade ao cuidado. Porém, durante os atendimentos muitas vezes as pacientes estão na presença do agressor e tornam-se silenciadas, gerando dificuldades no monitoramento e assistência (CAMPOS B, et al., 2020).

Silva AF, et al. (2020) relataram ainda que outro desafio enfrentado pelos profissionais de saúde está nas próprias conseqüências da pandemia, pois neste momento os trabalhadores precisam unir esforços para combater o número crescente de morbidade e mortalidade gerados pela doença. Dessa forma, muitos relatam se sentirem frustrados por não poderem oferecer um cuidado integral, haja vista que a atenção das equipes de saúde neste momento torna-se cada vez mais voltada para aqueles pacientes infectados pelo vírus. Assim, considerando a gravidade da pandemia, temos que os cuidados às mulheres em situação de violência de gênero, infelizmente, estão perdendo ainda mais espaço nos serviços oferecidos pela Atenção Básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As agressões praticadas em função do gênero repercutem na saúde física e psicológica da vítima, logo a presença de pessoas acometidas pela violência tem se tornado habitual nos serviços que integram a Atenção Básica. No entanto, parte dos responsáveis pelo atendimento possuem pouco conhecimento sobre como acolher, conduzir e notificar tais casos. Ademais, a percepção estereotipada pelo senso comum e pouco crítica acerca do tema também contribui para a fragilidade da assistência nesse contexto. Portanto, faz-se necessário mais debates durante a formação acadêmica, novos estudos, programas de capacitação e educação continuada em saúde, para que assim os profissionais estejam preparados e sensibilizados, tornando-se sujeitos importantes tanto no cuidado às vítimas quanto no combate à violência de gênero.

REFERÊNCIAS

1. BARALDI ACP, et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2012; 12(3): 307-318
2. BORBUREMA TLR, et al. Violência contra mulher em contexto de vulnerabilidade social na Atenção Primária: registro de violência em prontuários. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2017; 12(39):1-13
3. CAMPOS B, et al. Violência Contra A Mulher: Vulnerabilidade Programática Em Tempos De Sars-Cov-2/ Covid-19 Em São Paulo. *Psicol. Soc.*, 2020; 32: e020015
4. CARNEIRO AA, FRAGA CK. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. *Serv. Soc. Soc.*, 2012; 110: 369-397
5. DANTAS-BERGER, SM, GIFFIN KM. Healthcare services and violence during pregnancy: perspectives and practices of healthcare professionals and teams in a public hospital in Rio de Janeiro. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2011; 15(37): 391-405
6. DELZIOVO CR, et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra mulheres no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, Brasil, 2008-2013. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 2018; 27(1): 1-12
7. EGRY EY, et al. Enfrentar a violência infantil na Atenção Básica: como os profissionais percebem?. *Rev. Bras. Enferm.*, 2017; 70(1): 119-125
8. FACCHINI R, FERREIRA CBC. Feminismos e violência de gênero no Brasil: apontamentos para o debate. *Cienc. Cult.*, 2016; 68(3); 4-5

9. FIOROTTI KF, et al. Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco. *Texto contexto enfermagem*, 2018; 27(3): 1-11
10. FRANZOI NM, et al. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2011; 19(3): 589-597
11. GOMES NP, et al. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, 2012; 20(2): 173-178
12. GUEDES RN, et al. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP*, 2013; 47(2): 304-11
13. KISS LB, SCHRAIBER, LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(3): 1943-1952
14. LEITE AC, FONTANELLA BJB. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 2019;14(41): 2059
15. LEITE FMC, et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2018; 22: e190056
16. LUCENA KDT, et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. *J Hum Growth Dev.*, 2016; 26(2)
17. MACHADO DF, et al. Abordagem da Violência contra a Mulher no Ensino Médico: um Relato de Experiência. *Rev. bras. educ. med.*, 2016; 40(3): 511-520
18. MARTINS LCA, et al. Violência de gênero: conhecimento e condutas profissionais da estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 2018; 39: e2017-0030
19. MEIRELES MAC, et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev. bras. educ. med.*, 2019; 43(2): 67-78
20. MELO EM, MELO VH. Para Elas, Por Elas, Por Eles, Por Nós. 1ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 296p
21. NARVAZ MG, KOLLER SH. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. *Psicologia e sociedade*, 2006; 18(1): 49-55
22. OKA M, LAURENTI C. Entre sexo e gênero: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. *Saude soc.*, 2018; 27(1): 238-251
23. OLIVEIRA CS, et al. Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018, 61p
24. OSIS MJD, et al. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*, 2012; 46(2): 351-8
25. PEDROSA CM, SPINK MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude soc.*, 2011; 20(1): 124-135
26. RAMALHO NMG, et al. Violência Doméstica Contra A Mulher Gestante. *Rev enferm UFPE online*, 2017; 11(12): 4999-5008
27. SANTI LN, et al. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto contexto - enferm.*, 2010; 19(3): 417-424
28. SANTOS SC, et al. Violência contra a mulher: como os profissionais na atenção primária à saúde estão enfrentando esta realidade?. *Saude e pesqui. (Impr.)*, 2018; 11(2): 359-368
29. SARDENBERG CMB, TAVARES MS. Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Salvador: EDUFBA, 2016, 335p
30. SCHRAIBER LB, et al. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, 2010/ 13(2): 237-245
31. SILVA AF, et al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25(9): 3475-3480
32. SILVA SA, et al. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, 2015; 25(2): 182-186
33. SILVA EB, et al. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Texto contexto enfermagem*, 2015; 24(1): 229-237
34. SOUZA AAC, CINTRA RB. Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero. *Rev. bioét. (Impr.)*, 2018; 26 (1): 77-86
35. SOUZA EG, et al. Atitudes e opiniões de profissionais envolvidos na atenção à mulher em situação de violência em 10 municípios brasileiros. *Saúde debate [online].*, 2018; 42(spe4): 13-29
36. SOUZA GCA, COSTA ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude soc. [online].*, 2010; 19(3): 509-517
37. SOUZA TMC, REZENDE FF. Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos. *Est. Inter. Psicol.*, 2018; 9(2): 21-38
38. VIEIRA EM, et al. The response to gender violence among Brazilian health care professionals. *Ciênc. saúde coletiva*, 2013; 18(3): 681-690
39. VIEIRA EM, HASSE M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência, 2017. *Interface- Comunicação, saúde, educação*;21(60): 51-62
40. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013. 51p