

Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro

Profile of gender violence by intimate partners

José Fernando Dresch Kronbauer e Stela Nazareth Meneghel

Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde. Universidade Vale dos Sinos. São Leopoldo, RS, Brasil

Descritores

Saúde da mulher. Violência doméstica. Serviços de saúde comunitária. Maus-tratos conjugais.

Resumo

Objetivo

Verificar a prevalência e o perfil da violência de gênero (física, psicológica e sexual) perpetrada contra a mulher pelo parceiro(a) atual ou passado.

Métodos

Estudo transversal realizado em unidade básica de saúde, em Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. A amostra estudada foi constituída por 251 mulheres de 18 a 49 anos que consultaram o serviço de saúde durante os meses de outubro e novembro de 2003. Os dados, colhidos por meio de questionário, foram digitados em planilha eletrônica, com dupla entrada. As análises estatísticas utilizadas foram univariada e bivariada, além do teste qui-quadrado.

Resultados

Encontraram-se as seguintes prevalências de violências: psicológica (55%, IC 95%: 49-61), física (38%; IC 95%: 32-44) e sexual (8%; IC 95%: 5-11). Algumas variáveis estatisticamente associadas às violências foram: idade das mulheres (psicológica: $p=0,004$) escolaridade das mulheres (psicológica e física, respectivamente: $p=0,012; 0,023$), dos companheiros ($p=0,004; 0,000$), classe social ($p=0,006; 0,000$), anos de união ($p=0,006; 0,005$), ocupação do companheiro ($p=0,015; 0,001$), número de gestações ($p=0,018; 0,037$), e prevalência de distúrbios psiquiátricos menores ($p=0,000; 0,000$).

Conclusões

O presente estudo evidenciou elevadas prevalências de violência baseada em gênero perpetrada pelo companheiro entre usuárias de uma unidade básica de saúde. Serviços de atenção primária em saúde possuem um importante papel na prevenção da violência contra a mulher.

Keywords

Women's health. Domestic violence. Community health services. Spouse abuse.

Abstract

Objective

To investigate the prevalence and profile of gender violence (physical, psychological, and sexual) perpetrated against women by current or former intimate partners.

Methods

This is a cross-sectional study carried out at a primary healthcare unit in the city of Porto Alegre, Southern Brazil. Our sample comprised 251 women aged 18-49 years who attended the healthcare unit between October and November 2003. Data were

Correspondência/ Correspondence:

José Fernando Dresch Kronbauer
Av. Unisinos, 950
93022-000 São Leopoldo, RS, Brasil
E-mail: fernando@mercado.unisinos.br

Baseado na dissertação de mestrado apresentada à Universidade Vale dos Sinos, em 2004. Recebido em 12/7/2004. Reapresentado em 19/5/2005. Aprovado em 17/6/2005.

collected by means of a questionnaire and double-entered into a electronic spreadsheet. We carried out univariate and bivariate analyses and the chi-square test.

Results

The prevalence of the three types of violence were: psychological (55%, 95% CI: 49-61), physical (38%; 95% CI: 32-44), and sexual (8%; 95% CI: 5-11). Variables significantly associated with the three types of violence included woman's age (psychological: $p=0.004$), woman's schooling (psychological and physical; $p=0.012$ and 0.023 , respectively), partner's schooling ($p=0.004$, 0.000), social class ($p=0.006$, 0.000), years with partner ($p=0.006$, 0.005), partner's occupation ($p=0.015$, 0.001), number of pregnancies ($p=0.018$, 0.037), and prevalence of minor psychiatric disorders ($p=0.000$, 0.000).

Conclusions

The present study found high prevalences of gender violence perpetrated by intimate partners among the users of a primary healthcare unit. Such units play an important role in preventing violence against women.

INTRODUÇÃO

O tema do presente artigo, a violência de gênero contra a mulher, é entendida como problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde.⁹ Para abordar a violência contra a mulher, faz-se necessário o entendimento de gênero como elemento constitutivo das relações sociais, baseadas nas diferenças entre os sexos e como modo primordial das relações de poder. 'Gênero' é um conceito cultural vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais, atribuindo *status* diferente a homens e mulheres. Refere-se à construção social de sexo, ou seja, a palavra sexo designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, enquanto gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana.¹⁸

Violência de gênero pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual e incesto.^{2,6,11,13}

Estudos^{9,12,14} relatam a elevada magnitude da violência de gênero, nas diferentes sociedades, com valores entre 20 e 75%, justificando a realização de pesquisas buscando dimensioná-la. No entanto, ainda existem problemas quanto à fidedignidade das informações sobre violência de gênero. A utilização de diferentes definições do fenômeno nas estatísticas disponíveis, a diversidade das fontes de informação e a inexistência de inquéritos populacionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas.

Investigações realizadas^{1,4,17} em serviços de saúde mostram prevalências anuais de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo oscilando

entre 4-23% e aumentando para valores de 33-39% quando considerada a violência no período total de vida dessas mulheres. Esses estudos constataram maiores prevalências entre as mulheres mais pobres, as quais consultam os serviços de saúde três vezes mais do que as demais e que o número de consultas cresce proporcionalmente à gravidade das agressões. Porém, tem sido observado que os profissionais de saúde não identificam que essas mulheres estão em situação de violência, mesmo quando as lesões apresentadas são quase que patognomônicas do fenômeno. Considera-se que esses profissionais criam barreiras para atender as mulheres devido a fatores como: falta de tempo e de recursos, medo de ofender as mulheres, falta de treinamento, medo de abrir "a caixa de Pandora" e frustração ao perceber a não resposta de muitas usuárias em relação aos conselhos recebidos.⁴

O fenômeno violência de gênero foi visibilizado nos últimos 20 anos no Brasil, porém, como em outros países, isso ainda não acontece nos serviços de saúde. Além disso, muitas dessas mulheres são referidas como polissintomáticas e hipocondríacas, entre outras denominações pejorativas. Salienta-se a importância dos serviços básicos de saúde na detecção do problema, podendo reconhecer e acolher a mulher antes da ocorrência de seqüelas ou incidentes mais graves.¹⁷

O objetivo da presente pesquisa foi dimensionar e caracterizar o perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro, abordando as situações de violência física, psicológica e sexual que resultaram ou que pudessem ter resultado em dano à vida e ou à integridade da mulher.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, estruturado a partir de amostra de usuárias de unidade básica de saúde

(UBS) em Porto Alegre, RS. A população adstrita ao serviço é de 7.000 pessoas, das quais 1.003 são mulheres de 18 a 49 anos.⁸ A amostra compreendeu um grupo de mulheres que utilizaram os serviços da UBS durante os meses de outubro e novembro de 2003. O cálculo amostral foi feito no programa Epi Info 6.04, considerando razão de risco de 2,0; nível de confiança de 95%; poder estatístico de 80% e estimativa para a prevalência de violência em torno de 20%.¹⁴ A amostra foi calculada em 207 mulheres e aumentando-se 15% para possíveis perdas, perfazendo o total de 238 mulheres. Os critérios de inclusão no estudo foram: mulher com idade de 18 a 49 anos, ter utilizado os serviços da UBS nos meses de outubro e novembro de 2003 e referir situação de conjugalidade atual ou passada, sendo considerado cônjuge o companheiro(a), marido ou parceiro(a) fixo(a).

Utilizou-se o questionário padronizado e pré-codificado aplicado em estudo de Schraiber et al.¹⁷ Esse instrumento, criado para ser utilizado em serviços de saúde, foi traduzido, adaptado à cultura local, pré-testado e compreendendo 36 questões divididas em quatro blocos de variáveis: demográficas, socioeconômicas, sexuais/reprodutivas e violências. Foi utilizada a classificação elaborada pela Associação Brasileira de Anunciantes e Associação Nacional das Empresas de Pesquisa Mercado* para categorizar o estrato social das mulheres. Para o cálculo da renda média *per capita*, a referência foi o salário-mínimo na época da entrevista, cujo valor era de R\$240,00 (US\$82,7 - valor em outubro 2003). O instrumento utilizado para a detecção de Distúrbios Psiquiátricos Menores foi o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), validado no Brasil, recomendado pela Organização Mundial da Saúde.¹⁰ Foi considerado indicativo de diagnóstico de distúrbios psiquiátricos menores para quem respondeu afirmativamente a sete ou mais perguntas do referido questionário.

Todas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão ao estudo foram convidadas a participar da pesquisa. O tamanho da amostra foi definido por meio de entrevistas consecutivas com as participantes até atingir o tamanho desejado. O total de mulheres estudadas foi de 251. As entrevistas foram realizadas por três universitários, qualificados para a aplicação do instrumento, e que foram orientados para encaminhar as mulheres em situação de violência para atendimento específico na instituição.

A entrada dos dados foi realizada duplamente em planilha eletrônica, com vistas a diminuir erros de consistência e de digitação. A análise univariada e

bivariada dos dados foi realizada no Programa SPSS, sendo que algumas das variáveis foram dicotomizadas e o teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado, ao nível de significância de 95%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistadas participaram de forma voluntária e anônima e foram previamente informadas dos objetivos do estudo e de que poderiam interromper ou desistir da entrevista em qualquer momento.

RESULTADOS

A média de idade foi de 30 anos (dp=9,4); a maioria informou que sabia ler e escrever (94%); 51% eram negras e 67% referiram a prática da religião católica; 55% morava em quintal comum, favela ou em áreas invadidas. A maioria das mulheres (48%) pertencia à classe D e 75% estava na faixa de renda inferior a um salário-mínimo.

Em relação à vida conjugal, a maioria delas referiu companheiro do sexo masculino; 37% referiram que a primeira relação sexual ocorreu com menos de 15 anos; 86% das mulheres engravidaram pelo menos uma vez e 16% tiveram filhos nascidos com baixo peso. Quanto ao uso de preservativo (condom), 77% das mulheres referiram não usá-lo.

A violência na gravidez apareceu nas respostas de 17% das mulheres, das quais 69%, mesmo em situação de violência, não reconheceram o agravo como tal.

Sobre a violência de gênero, foi observada a prevalência de violência psicológica de 55% (IC 95%:

Tabela 1 - Distribuição de mulheres segundo tipo de violência. Porto Alegre, 2003.

Tipo	N	%	IC 95%
Violência psicológica			
Insultos	124	49	43-56
Humilhações	79	32	26-38
Intimidações	82	33	27-39
Ameaças	61	24	19-30
Total	139	55	49-61
Violência física			
Tapas	72	29	23-35
Empurrões	79	32	26-38
Chutes/surras	35	14	10-19
Estrangulamento	13	5,2	3-9
Uso de armas	24	9,6	6-14
Socos	49	20	15-25
Total	96	38	32-44
Violência sexual			
Sexo forçado	15	5,6	3-9
Sexo por medo	18	7,2	4-11
Prática humilhante	3	1,2	0,3-3
Total	22	8	5-11

*Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP). Critério Brasil: o mercado falando a mesma língua. *Pesq Foco* 2002 (dez). Disponível em: www.anep.org.br/pesquisa [30 mai 2004]

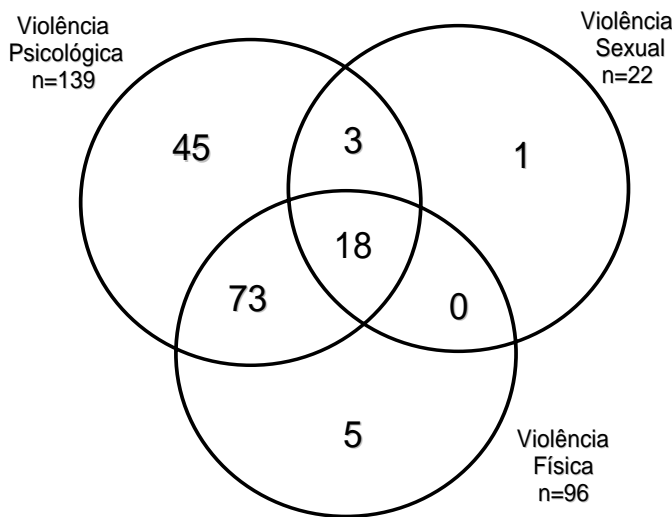


Figura - Número de mulheres vítimas de violência de gênero atendidas em serviços de saúde. Porto Alegre, 2003.

49-61), ou seja, 139 mulheres relataram ter sofrido pelo menos um episódio de insulto, humilhação, intimidação ou ameaças por parte do companheiro; 38% de prevalência de violência física (IC 95%: 32-44), onde 96 mulheres sofreram tapas, empurrões, socos, chutes, surras, estrangulamentos e uso de arma de fogo. Em relação à violência sexual, a prevalência encontrada foi de 9% (IC 95%: 5-11), onde 22 mulheres foram forçadas a práticas sexuais humilhantes ou ainda estupros (Tabela 1). No presente artigo, não serão descritas as associações entre as variáveis pesquisadas e o desfecho violência sexual.

Observa-se na Figura que a maioria das mulheres sofreu mais do que um tipo de violência. Mais da metade das 145 mulheres que referiram episódios de violência em suas vidas relataram dois ou mais tipos de situações, sendo que 76 delas sofreram dois tipos de violência (52%) e 18 três tipos de violência (12%).

Os resultados da análise bivariada de todas as variáveis demográficas em relação aos desfechos violências física e psicológica estão apresentadas na Tabela 2. As mulheres mais velhas ($p=0,004$), referiram maiores prevalências de violência psicológica, mas não violência física. Encontrou-se 86% de violência psicológica ($p=0,019$) e 64% de violência física ($p=0,039$) entre as mulheres sem instrução. A escolaridade esteve associada a ambas as violências ($p=0,012$; $0,023$), as

mulheres com menos anos de estudo apresentaram prevalências maiores.

A população atendida pela UBS pertence predominantemente aos menores estratos de renda. As mulheres que moravam em condições de favela sofreram mais violência psicológica (61%, $p=0,04$) e física (48%, $p=0,000$) do que aquelas que moravam em situações regulares. Quanto à classe social, os níveis de violência entre as mulheres que pertenciam às classes menos favorecidas (D e E) foram maiores do que entre as das classes mais favorecidas (B e C) ($p=0,006$; $0,000$). Embora não constatada asso-

Tabela 2 - Análise bivariada entre características sociodemográficas e tipo de violência, Porto Alegre, 2003.

Variáveis	Psicológica		p	Física		p
	Sim %	Não %		Sim %	Não %	
Idade da mulher			0,004			ns
<30 anos	48	52		-	-	
≥30 anos	66	34		-	-	
Idade do companheiro			0,001			0,008
<30 anos	44	56		30	70	
≥30 anos	65	35		46	54	
Alfabetização da mulher			0,019			0,039
Sim	54	46		37	63	
Não	86	14		64	36	
Anos de estudo da mulher			0,012			0,023
<4 anos	61	39		43	57	
≥5 anos	43	57		28	72	
Anos de estudo do companheiro			0,004			0,000
<4 anos	68	32		57	43	
≥5 anos	48	52		28	72	
Anos de residência na cidade			0,005			ns
<15 anos	51	49		-	-	
≥15 anos	64	36		-	-	
Tipo de moradia			0,04			0,000
Não favelada	48	52		26	74	
Favelada	61	39		48	52	
Classe social			0,006			0,000
B e C	49	51		31	69	
D e E	59	41		43	57	
Ocupação do companheiro			0,015			0,001
Empregado	52	48		35	65	
Desempregado/aposentado	74	26		63	37	

Tabela 3 - Características de vida conjugal, sexual, reprodutiva e tipo de violência. Porto Alegre, 2003.

Variáveis	Psicológica			Física		
	Sim %	Não %	p	Sim %	Não %	p
Anos de conjugalidade			0,006			0,005
<10 anos	49	51		32	68	
≥10	68	32		51	49	
Idade da 1ª relação sexual			ns			0,05
<15 anos	-	-		46	54	
≥15	-	-		34	66	
História de gravidez			0,001			0,004
Sim	60	40		42	58	
Não	31	69		47	83	
Nº de gestações			0,018			0,037
Até 2 gestações	49	51		32	68	
3 ou mais gestações	63	37		45	55	
Nº filhos nascidos vivos			0,028			0,019
Até 2 filhos	50	50		36	64	
3 ou mais filhos	65	35		43	57	
História de aborto			ns			0,011
Sim	-	-		51	49	
Não	-	-		33	67	
Recusa do parceiro a usar preservativo			0,011			0,001
Sim	70	30		58	42	
Não	51	49		32	68	

ciação estatística entre renda e a violência, as mulheres com renda *per capita* inferior a um salário-mínimo apresentaram maiores prevalências de violência de gênero.

As variáveis que compuseram o perfil do companheiro e estiveram significativamente associadas à violência psicológica e à física foram idade ($p=0,001$; $0,008$), e anos de estudo ($p=0,004$; $0,000$) e ocupação ($p=0,015$; $0,001$). Homens mais velhos, com menos escolaridade, desocupados ou aposentados, foram os que perpetraram mais violência(s). As variáveis demográficas que não estiveram associadas às violências foram: cor, prática religiosa, naturalidade, migração e ocupação da mulher. Contudo, pôde-se observar que as mulheres negras referiram maiores prevalências das violências psicológica (59%) e física (40%) do que as brancas (51% e 36% respectivamente).

Foi investigado o conjunto de variáveis que dizem respeito à vida conjugal, sexual e reprodutiva das mulheres em relação às violências psicológica e física (Tabela 3). As características relacionadas às violências foram: mulheres com mais de 10 anos de união conjugal ($p=0,006$; $0,005$); mulheres que tiveram maior número de gestações ($p=0,018$; $0,037$) e as com maior número de filhos vivos ($p=0,028$; $0,019$). Mulheres cujos parceiros se recusavam a usar preservativos ($p=0,011$; $0,001$) e mulheres com história de aborto relataram mais episódios de violência física ($p=0,011$), mas não violência psicológica. As mulheres que iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos tiveram 46% de violência física contra 34% entre as que iniciaram mais tarde ($p=0,05$).

A prevalência dos distúrbios psiquiátricos meno-

res nas mulheres estudadas esteve estatisticamente associada às violências psicológica e física. Aquelas que apresentaram sete ou mais pontos quando da aplicação do instrumento (68%) referiram mais violência psicológica ($p=0,000$) do que as que apresentaram seis ou menos pontos (38%); fato que também apareceu em relação à violência física ($p=0,000$). Sobre a ideação suicida, percebeu-se que as mulheres que referiram esse sintoma apresentaram 86% de prevalência da violência psicológica ($p=0,000$) e 70% de violência física ($p=0,000$).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou a magnitude da violência de gênero na região estudada. Contudo, há limitações tais como: a amostra restrita a usuárias de um serviço de saúde, o corte transversal da pesquisa (que permite apontar apenas causalidade reversa) e os possíveis problemas na fidedignidade das informações. Entretanto, em relação a esse último aspecto, houve aumento na procura do serviço por mulheres que queriam participar da pesquisa.

Um dos achados importantes deste estudo foi a evidência de prevalências elevadas de violência contra a mulher entre as usuárias da UBS, enfatizando-se que estas situações não eram conhecidas pelos profissionais de saúde que atendem a essas mulheres. Em levantamento similar entre usuárias de serviços de atenção básica realizado no Município de São Paulo, Schraiber et al¹⁷ (2002) encontraram prevalências semelhantes às do presente estudo. Além disso, observou-se a presença de violências múltiplas, fato relatado por autores em outros estudos, mostrando que a violência física de gênero, em

muitas situações se faz acompanhar pela coerção psicológica e abuso sexual.^{1,17}

Outro achado foi a invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal.

Os primeiros estudos sobre violência contra a mulher mostravam que o evento acontecia em todas as classes sociais.⁷ Porém, há evidências de sobreposição entre os sistemas de dominação e exploração constituídos pelas relações de gênero, etnia e classe social, acarretando às mulheres pobres e negras uma carga mais pesada e maior exposição às violências.¹⁶ Estudos recentes comprovaram que a pobreza familiar e o baixo nível masculino de instrução predizem os maus-tratos físicos à mulher. Entre os fatores associados ao risco de violência contra as mulheres incluem-se os baixos salários e pressões econômicas.⁹ Além disso, homens desempregados são mais violentos com as esposas e filhos.⁵ A constatação de que as violências são agudizadas nas mulheres das classes menos favorecidas foi corroborada na presente pesquisa, onde vários sinais de vulnerabilidade social estiveram associados às maiores prevalências das violências psicológica e física.

No que diz respeito à conjugalidade e à vida reprodutiva salienta-se, em primeiro lugar, as elevadas cifras de violência na gestação (17%), enquanto estimativas da violência contra a mulher durante a gravidez têm sido calculadas em torno de 10%.¹⁵ Além disso, mulheres em situação de violência possuíam mais anos de vida conjugal, tiveram maior número de filhos e também de abortos. A violência de gênero pode repercutir na saúde reprodutiva: o risco de aborto espontâneo é duas vezes maior e é quatro vezes maior o risco da criança nascer com baixo peso.⁷ A prevalência de violência física foi maior em mulheres que tiveram a sua primeira relação sexual na adolescência, etapa do desenvolvimento em que elas estão expostas a outros agravos ou situações de risco como DST e gravidez indesejada.¹²

A recusa do parceiro ao uso de preservativos com a finalidade de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e Aids esteve associada às duas formas de violências estudadas. Tal fato mostra a dificuldade das mulheres em efetivar essa negociação, fato relacionado à baixa auto-estima e ao contexto machista das relações domésticas, por conseguinte, expondo-as a outros tipos de violências. Em pesquisa sobre a saúde da mulher em grupos de profissio-

nais do sexo, constatou-se que as mulheres referem não exigir o uso de preservativo quando em relação com os namorados ou maridos.³ Estudos sinalizam que “o poder masculino se manifesta pela falta de controle da mulher sobre quando, com quem e em que condições mantém relações sexuais, o que ilustra claramente a dificuldade ou a impossibilidade de negociar o uso da camisinha”.*

As mulheres com maior propensão a apresentar distúrbios psiquiátricos menores relataram maior violência tanto emocional, quanto física. Além disso, houve associação entre ideação suicida com episódios de violência psicológica e física. Quanto à fragilidade das mulheres violentadas, observa-se que elas podem sofrer efeitos permanentes em termos de auto-estima e auto-imagem, tornar-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão. A violência de gênero pode estar relacionada a suicídio, homicídio e mortalidade materna.⁷ A aplicação do SRQ-20 na rotina dos serviços de saúde pode constituir um indicador sugestivo de que as usuárias estejam em situação de violência, sugerindo-se, portanto, o seu uso nos serviços de saúde.

Durante o desenvolvimento da pesquisa observou-se uma série de acontecimentos: a mobilização da equipe de saúde local para a necessidade de criar um centro de referência para o atendimento de violência de gênero; o posicionamento favorável à pesquisa por parte da associação de moradores da comunidade; e ainda, o aumento de usuárias ao serviço de saúde declarando o desejo de participar da pesquisa, mostrando que as mulheres em situação de violência querem ser ouvidas.

Poucos estudos averiguaram a presença da violência de gênero entre usuárias de serviços de saúde. Em relação aos profissionais da saúde, salienta-se que é preciso promover a discussão do tema sempre que houver oportunidade. A presente pesquisa serviu como dispositivo para fomentar uma discussão na unidade de saúde, motivando a equipe para o enfrentamento do problema. Também foi ao encontro de uma necessidade local reprimida, fato inferido pelo interesse e procura das mulheres para responder ao inquérito.

Em conclusão, as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta. Portanto, recomenda-se que os serviços de atenção primária em saúde criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero.

*Vilella W. Práticas de saúde, gênero e prevenção de HIV/Aids. In: Bessa MS, organizador. 2º Seminário Saúde Reprodutiva em tempos de Aids Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 1997. p 66-72.

AGRADECIMENTOS

Às professoras Ana Flávia d'Oliveira e Lilia Schraiber do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo pela cessão dos questionários utilizados nesta pesquisa. Aos alunos bolsistas de iniciação científica, Lucia Helena de Carvalho Abib, Deves Renato Borba e Gláucia Fontoura, da Universidade Vale dos Sinos, pela execução das entrevistas.

REFERÊNCIAS

1. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 2002;359:1331-6.
2. Deslandes S, Gomes R, Silva CMP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2000;16:129-37.
3. Ferraz EA, coordenador. Profissionais do sexo: análise da demanda por ações de prevenção de HIV/Aids no sul do Brasil. Rio de Janeiro: Benfam; 2003.
4. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet* 2002;359:1509-14.
5. Hardy E, Jimenez G. Elementos para la construcción de la masculinidad: sexualidad, paternidad, comportamiento y salud reproductiva. In: Minayo MC, organizador. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
6. Hartigan P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Rev Panam Salud* 1997;2:290-4.
7. Heise L. Violência e gênero: uma epidemia global. *Cad Saúde Pública* 1994;10(Supl 1):135-46.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD. Rio de Janeiro; 2002.
9. Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2003.
10. Mari J, Willians PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6.
11. Meneghel S, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Rosa MD, Rotermond J, et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad Saúde Pública* 2003;19:109-18.
12. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília (DF); 2002.
13. Paltiel F. La salud mental de la mujer de las Americas. In: Genero, mujer y salud en las Americas. Washington (DC): Organizacion Panamericana de la Salud; 1993. p.143-61.
14. Protocolo: considerações para atendimento à mulher em situação de violência. *J Redesaúde* 1999(19):10-6.
15. Rasmussen KL, Knudsen HJ. Violence towards pregnant women. *Ugeskr Laeger* 1996;158:2373-6.
16. Saffioti H. O poder do macho. São Paulo: Moderna; 1987.
17. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002;36:470-7.
18. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Realidade* 1990;16(2):5-22.