



**CENTRO PAULA SOUZA
ETEC MANDAQUI**

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Curso Técnico em Enfermagem

Fernanda Martins de Oliveira
Luciane Souza Pereira
Marcela Venancio Deziderio da Rosa
Maria da Silva Almeida Antunes
Maria Imaculada Justino da Silva

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À MULHER VÍTIMA
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**SÃO PAULO
2024**

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

**Fernanda Martins de Oliveira
Luciane Souza Pereira
Marcela Venancio Deziderio da Rosa
Maria da Silva Almeida Antunes
Maria Imaculada Justino**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À MULHER VÍTIMA
DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de conceito no componente Desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso do curso Técnico em Enfermagem - ETEC Mandaqui.

Profª Orientadora:

**SÃO PAULO
2024**

Dedicatória

“Dedicamos esse trabalho primeiramente a Deus, fonte de toda sabedoria e inspiração, por guiar os nossos passos e iluminar o caminho durante esta jornada acadêmica. Sem Sua graça e orientação, este trabalho não seria possível. Que este TCC seja dedicado à Sua glória e que tudo o que aprendermos e conquistarmos possa contribuir para um mundo melhor.

Dedicamos também este trabalho a todas as mulheres que, com coragem e determinação, romperam o silêncio da violência doméstica e tiveram a força de denunciar. Que suas vozes sejam ouvidas, que sua coragem inspire outras a buscar ajuda e que a sociedade se una para oferecer apoio e proteção a todas as vítimas. Que este trabalho contribua, de alguma forma, para a conscientização e o combate à “violência contra as mulheres. A Vocês, guerreiras, nossa admiração e solidariedade.”

Agradecimentos

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão a todas as pessoas e a instituição que tornaram possível a realização deste trabalho.

Nossos sinceros agradecimentos aos nossos orientadores, Yennifer Rodrigues e Idalia Macedo, pela orientação, apoio e conhecimentos compartilhados ao longo deste processo. Suas contribuições foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Às nossas famílias e amigos, pelo amor incondicional, compreensão e incentivo durante os momentos desafiadores desta jornada. Em especial, queremos expressar nossa gratidão aos nossos queridos filhos Kevyn, Heitor, Arthur, Otavio, Agatha, Sophie, Miguel, Jacqueline, Débora Cristina, e a nossos familiares, Alex Sandro, Marcos Vinícios, Renisson Alvez, Leurides alvez, Carla Emanuelli, Lindeslir justino, Zhao jinyan, Jadson Antunes, cujo apoio, compreensão e paciência foram fundamentais para que pudéssemos nos dedicar a este trabalho. Seu amor constante nos motivou e nos fortaleceu em cada etapa.

Por fim, dedicamos este trabalho a todas as mulheres que, com coragem e determinação, romperam o silêncio da violência doméstica e tiveram a força de denunciar.

A todos vocês, nossa mais profunda gratidão."

“O Amor faz coisas que a obrigação não é capaz de fazer.”

C. S. LEWIS

RESUMO

A violência contra a mulher representa um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos, atingindo mulheres das mais diferentes classes sociais, idades e etnias em todo o mundo. A exposição à violência colabora para a procura de apoio e de serviços de saúde, especialmente a Atenção Primária, por ser a principal porta de entrada do setor da saúde. Ao considerar a violência como saúde pública, requer a atuação de diferentes profissionais das mais diferentes áreas para que trabalhem de maneira interdisciplinar. Entre eles, destaca-se o técnico de enfermagem, que é responsável pela promoção, segurança, acolhimento, respeito, planejamento de ações estratégicas e escuta adequada. Sendo assim, o trabalho teve como objetivo analisar de que forma o papel desempenhado por técnicos em Enfermagem impacta no tratamento da mulher vítima de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde, por meio de uma revisão narrativa de literatura. Os achados demonstraram que as ações desenvolvidas por esses profissionais são fundamentais na proteção às vítimas, mas que ainda há um grande despreparo no reconhecimento dos casos, no encaminhamento e notificações.

Palavras-chave: Violência doméstica. Atenção Primária. Saúde da Mulher. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Violence against women represents a serious public health problem and a violation of human rights, affecting women of the most different social classes, ages and ethnicities around the world. Exposure to violence contributes to the search for support and health services, especially Primary Care, as it is the main gateway to the health sector. When considering violence as public health, it requires the work of different professionals from different areas to work in an interdisciplinary manner. Among them, the nursing technician stands out, who is responsible for promotion, safety, welcoming, respect, planning strategic actions and adequate listening. Therefore, the aim of the work was to analyze how the role played by Nursing technicians impacts the treatment of women victims of domestic violence in Primary Health Care, through a narrative literature review. The findings demonstrated that the actions developed by these professionals are fundamental in protecting victims, but that there is still a great lack of preparation in recognizing cases, forwarding and notifications.

Keywords: Domestic violence. Primary attention. Women's Health. Health Unic System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
VCM	Violência Contra a Mulher

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1. OBJETIVO GERAL	12
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. METODOLOGIA	13
4. DESENVOLVIMENTO	14
4.1. Caracterização da violência doméstica contra a mulher	14
4.2. Enfrentamento dos casos de violência	18
4.3. A Atenção Primária à Saúde e o papel do Técnico de Enfermagem	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher representa uma grave violação dos direitos humanos, que pode prejudicar a saúde, bem-estar, segurança, independência econômica, formação educacional e em maior proporção, o desenvolvimento de sociedades e países (BEIRAS *et al.*, 2019). Assim como aborda Machineski (2023), a violência é um fenômeno social, complexo e multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades, constituindo-se portanto, em um problema de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mundialmente estima-se que a cada hora, cinco mulheres morrem vítimas de violência e 119 são assassinadas por seu parceiro íntimo ou por algum parente diariamente (NASCIMENTO, 2021). Em 2023, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública mostrou que quase 30% das brasileiras sofreram algum tipo de agressão ou violência em 2022 (CERQUEIRA; BUENO, 2023).

A exposição a esse tipo de violência tem aumentado a procura dos serviços de saúde por lesões e traumas corporais, dores crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, disfunções sexuais e reprodutivas, principalmente os Serviços de Atenção Primária (APS), por se constituírem como principal porta de entrada ao setor de saúde (CONCEIÇÃO; MADEIRO, 2022).

Neste cenário, surge a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, cujo objetivo é integrar as ações e serviços de diferentes setores (assistência social, justiça, segurança pública e saúde), para ampliação e melhoria da qualidade de atendimento, identificação e encaminhamentos adequados de mulheres em situação de violência (CARNEIRO *et al.*, 2022).

Considerar a violência como saúde pública, requer a atuação de profissionais capacitados que possam oferecer uma rede de apoio qualificada, com medidas de enfrentamento à violência. Portanto, profissionais da área da saúde desempenham papel importante na identificação, atendimento e encaminhamento dessas mulheres para serviços especializados (CASTANHA; LIMA; PECORARO, 2022). Neste contexto, destaca-se a atuação da equipe de Enfermagem, mais especificamente do técnico de Enfermagem, por serem profissionais que garantem a promoção, segurança, acolhimento, respeito, planejamento de ações estratégicas e escuta adequada (SOUZA *et al.*, 2021).

Sendo assim, é de extrema importância analisar de que forma a assistência de Enfermagem pode contribuir para a promoção e prevenção de saúde às mulheres vítimas de violência doméstica. Portanto, o presente trabalho buscou analisar o papel exercido por esses profissionais, bem como a falta de atenção e planejamento adequados podem interferir no tratamento dessas vítimas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Analisar de que forma o papel desempenhado por técnicos em Enfermagem impacta no tratamento da mulher vítima de violência doméstica na Atenção Primária à Saúde (APS).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contextualizar a violência doméstica;
- Analisar o papel desenvolvido por profissionais de saúde, especialmente Técnicos em Enfermagem na Rede de Enfrentamento à mulheres vítimas de violência;
- Identificar os problemas e desafios enfrentados na realização das ações dentro da Atenção Primária.

3. METODOLOGIA

O trabalho trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que buscou discorrer sobre o tema por meio da busca e interpretação de trabalhos já publicados.

Revisões de literatura proporcionam uma rápida atualização sobre um determinado tema e propõe recomendações à novas pesquisas (GALVÃO; PEREIRA, 2022). Especificamente revisões narrativas, são caracterizadas por serem publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de determinado assunto, sob ponto de vista histórico ou contextual (ROTHER, 2007).

A coleta dos dados para elaboração do trabalho foi realizada por meio de uma consulta mecânica e informatizada no banco de dados bibliográficos SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), PubMed, cartilhas disponíveis pelo Ministério da Saúde e Trabalhos de Conclusão de Curso disponíveis em bibliotecas eletrônicas, publicados a partir de 2018.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. Caracterização da violência doméstica contra a mulher

A violência doméstica ou violência intrafamiliar é uma forma de violência que inicia-se entre os membros da família em que o agressor pode estar no mesmo ambiente que a vítima ou não. Segundo a definição do Ministério da Saúde, a violência intrafamiliar é definida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família (MIURA *et al.*, 2018).

Segundo o Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP, 2018):

A violência é um fenômeno extremamente complexo que afunda suas raízes na interação de muitos fatores biológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos cuja definição não pode ter exatidão científica, já que é uma questão de apreciação. A noção do que são comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, ou do que constitui um dano, está influenciada pela cultura e submetida a uma contínua revisão à medida que os valores e as normas sociais evoluem (CNMP, 2018, p.14).

Dados demonstram que cerca de 2 milhões de mulheres sofrem lesões causadas pela violência praticada por seu parceiro íntimo a cada ano e aproximadamente 84% são vítimas de abuso conjugal. O ato pode resultar em danos ou sofrimento físico, sexual e mental, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrendo em todas as classes sociais e econômicas (SEMAHEGN; MENGISTIE, 2015).

A violência pode ser classificada em: 1) física: tapas, empurrões, chutes, bofetadas, tentativas de asfixia e de homicídio, mordidas, queimaduras, entre outros; 2) psicológica: humilhações, críticas repetitivas, ameaças de agressão, danos propositais ou ameaças a objetos pessoais/animais de estimação/pessoas queridas, impedimento de contato com família e amigos; 3) sexual: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa, estupro conjugal ou por parceiro, forçar

sexo sem proteção, toques não desejados, exibicionismo e voyeurismo; exploração sexual e participação forçada em pornografia; 4) patrimonial: ocultar, roubar ou danificar dinheiro, objetos, documentos, pertences em geral e criação de dívidas em nome da mulher; 5) moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (D'OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Esse tipo de violência representa também uma violação dos direitos humanos, já que é evidente que ao longo dos séculos, as mulheres são vítimas constantes de abusos e violências tanto nas ruas quanto em âmbito doméstico, não podendo dissociá-los de outros aspectos que permeiam a sociedade. Desse modo, por meio da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos realizada em Viena (1993), ocorreu a elaboração do primeiro documento a reconhecer a violência contra as mulheres uma forma de ferir os direitos humanos (SILVA; OLIVEIRA, 2019)

Ao problematizar esse fenômeno social, é importante abordar a questão de gênero e sua relação com a violência. Conforme Martinelli (2020):

“Desde os primórdios vivenciamos um sistema patriarcal, de inegável submissão ao gênero dominante, no qual o homem detinha o poder econômico, político e sexual sobre a mulher. À mulher eram relegados alguns papéis a serem cumpridos, a mãe, a esposa, a cuidadosa, a reprodutora, a dócil, a honesta, e assim sua condição sempre esteve ligada a ideia de posse e submissão ao homem. Essas desigualdades existentes entre homens e mulheres são propagadas desde a infância, baseadas em conceitos socialmente construídos, especialmente na divisão de papéis, nos quais as mulheres são atribuídas atividades privadas e atos de obediência e submissão, e ao homem é creditado um “direito” sobre a mulher. A família, assim, é também responsável por reproduzir em seu meio culturas extremamente patriarcais” (MARTINELLI, 2020, p.13).

A construção da ideologia do machismo, bem como a explicação da violência contra a mulher, é realizada por meio de três correntes teóricas. A primeira, chamada “dominação masculina” defende a ideia que a violência é fruto da reprodução social e conseqüentemente o surgimento de desigualdades hierárquicas. Na segunda corrente, ocorre a “dominação patriarcal”, onde o sistema capitalista é o responsável pelo poder desigual entre homens e mulheres. Já a terceira corrente defende que a mulher vive de forma ambígua. Isto é, por um momento gosta de ser indispensável e por outro ressentido da limitação de sua liberdade, muitas vezes reproduzindo e

reforçando os papéis de gênero, cooperando na produção de sua falta de autonomia, com o objetivo de obtenção de proteção e prazer (BALBINOTTI, 2018).

Apesar disso, Balbinotti (2018) aponta que:

“Independente da corrente teórica que busque explicar as raízes da violência contra a mulher, mostra-se evidente que o machismo vai muito além de uma conduta construída, aprendida e reforçada culturalmente a partir de definições de papéis de gênero. Como defende Foucault (1988), cada cultura constrói discursos específicos de masculinidade, por meio de ideologias masculinas pela fala, mídia, música e literatura popular, e também pela lei” (BALBINOTTI, 2018, p. 250).

Conforme Martinelli (2020), a dominação patriarcal não é suficiente para explicar as mudanças atuais, pois quando analisamos a questão do poder exercido sobre a violência, não podemos tratá-lo como algo absoluto e estático, mas sim como algo dinâmico e relacional, exercido tanto por homens quanto por mulheres, ainda que de forma desigual.

O aumento da violência contra as mulheres nos últimos anos, pode ser explicado por algumas hipóteses, segundo o IPEA. São elas: redução significativa do orçamento público federal para as políticas de enfrentamento que contemplam ações importantes para a prevenção da violência primária, secundária e terciária, como oferta de serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, ações de incentivo a políticas de autonomia das mulheres, além de construção de Casas da Mulher Brasileira e de Centros de Atendimento à Mulher, nas regiões de fronteira seca, entre outras; radicalismo político com o recrudescimento do conservadorismo, que reforça os valores do patriarcado; e surgimento da pandemia pelo covid-19, que causou efeitos especialmente: i) na restrição de horário e funcionamento de serviços protetivos; ii) no menor controle social da violência ocasionado pelo isolamento; iii) no aumento dos conflitos engendrados pela maior convivência; iv) no aumento das separações de casais; e v) na perda econômica relativa das mulheres nas famílias. O isolamento social pode ter contribuído para acirrar a violência no lar, não apenas pelos conflitos domésticos, em um cenário de maior convivência entre os cônjuges, mas pelo menor controle social da violência eventualmente perpetrada (CERQUEIRA; BUENO, 2023).

Em se tratando dos impactos à saúde causados pela agressão, é comum observar sinais e sintomas na saúde mental (estresse, ansiedade, depressão; abuso

de álcool e drogas; insônia; problemas emocionais e comportamentais das crianças); na saúde sexual e reprodutiva (lesões repetidas ou mal explicadas; ISTs de repetição e HIV; gestações não desejadas; dor pélvica, dor durante o ato sexual e demais problemas sexuais; infecções urinárias de repetição e atraso no início ou não realização do pré-natal); e queixas gerais (dores crônicas; consultas repetidas sem diagnóstico claro; parceiro intrusivo nas consultas e falta constante à própria consulta e de seus filhos) (D'OLIVEIRA *et al.*, 2019).

De acordo com Souza e Silva (2019), além de todos esses impactos negativos, as consequências ainda se estendem e provocam efeitos cognitivos, emocionais e comportamentais, criando limites ao desenvolvimento e impedindo que participem de forma ativa. Segundo os autores, algumas mulheres se tornam incapazes de romper com a relação estabelecida com o agressor, tornando a situação repetitiva. Geralmente, os fatores relacionados a isso incluem a vulnerabilidade social e econômica que contribuem para a dependência afetiva, emocional e financeira em seus companheiros. Justificando assim, que as agressões têm como objetivo educar, impor limites, demonstrar afeto ou apenas é um estado alcoólico ou estresse do agressor.

4.2. Enfrentamento dos casos de violência

Com o aumento da violência e da divulgação pela mídia dos crimes contra a vida das mulheres, os movimentos sociais fundamentados pelo feminismo, pressionaram o Estado a pensarem na criação de políticas públicas que tinham o objetivo de atender e acolher mulheres em diversos espaços sociais - escola, universidade, trabalho, moradia e bens culturais (VIGANO; LAFFIN, 2019).

Com a institucionalização da concepção de gênero enquanto constructo social e histórico, as políticas públicas buscaram descentralizar os serviços ofertados para as mulheres; criar campanhas e programas de prevenção e conscientização da população no enfrentamento à desigualdade de gênero; promover a autonomia das mulheres; ampliar e fortalecer a institucionalização das ações nos poderes executivos federais, estaduais, distritais e municipais; capacitar e qualificar as/os agentes públicas/os que trabalham no enfrentamento da VCM; produzir e disseminar estudos sobre gênero (SOUZA; SOUZA, 2019, p. 128 apud BRASIL, 2013).

Políticas públicas podem ser entendidas como ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, cujo objetivo é a redistribuição dos benefícios sociais que visam a diminuição da desigualdade estruturais resultantes do desenvolvimento socioeconômico e que não podem ser reduzidas a políticas estatais. Em sua grande maioria, visam atender demandas específicas da população, como grupos discriminados e vitimados por algum mecanismo de exclusão (VIGANO; LAFFIN, 2019).

O movimento feminista buscou subverter as relações desiguais de poder, representando uma contestação ao sistema capitalista brasileiro, ao patriarcado e ao racismo estrutural que nele se reproduzem. A mobilização das mulheres questiona esse patriarcado que: não se trata de uma relação privada, mas civil; dá direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição; configura um tipo hierárquico de relação, que invade todos os espaços da sociedade; tem uma base material; corporifica-se; representa uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência (PACHECO; DIAS, 2023).

O posicionamento do Estado diante dessa questão trouxe resultados significativos na questão da desigualdade de gênero, com visíveis relações mais igualitárias. Apesar disso, ainda perduram assimetrias de gênero e de conflitos originados nas questões relativas às construções de gênero e de identidade. Diversos problemas foram detectados, como a fragmentação das políticas e programas, falta de investimento e o não cumprimento de metas como a transversalidade de gênero nas políticas, a intersetorialidade dos programas, integralidade e universalidade (VIGANO; LAFFIN, 2019; BEIRAS *et al.*, 2019).

Com o avanço do movimento feminista e da luta pela elaboração de um apolítica para a saúde da mulher e de sua institucionalização enquanto programa de saúde, em abril de 1983, o Ministério da Saúde instituiu uma comissão para escrever um documento que fundamentaria as bases de ação programática, que se tornou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) e que contou com a contribuição de profissionais de saúde, gestores e feministas (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Os primeiros passos institucionais dessa trajetória de quatro décadas começaram, simbolicamente, em 1983, com a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que rompe com o termo 'materno-infantil' – até então orientador das ações de saúde da mulher – e passa a usar o termo 'integralidade'. Institucionalmente, modificou-se também a estrutura do Ministério da Saúde, em que a 'área técnica materno-infantil' tornou-se 'área técnica de saúde da mulher'. O PAISM significou também um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter (SOUTO; MOREIRA, 2021, p. 833).

Segundo Pacheco e Dias (2023): "a inclusão da perspectiva de gênero nas ações do Poder Executivo e nas demais esferas públicas demonstra o protagonismo das mulheres para contribuir na construção de um projeto de uma sociedade mais justa". Diante desse contexto, outra conquista resultante das lutas feministas no Brasil, foi a formação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, para promover políticas que visassem eliminar a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Importante também ressaltar que, por meio da criação da Constituição Federal de 1988 foi

estabelecido o princípio da igualdade como cláusula pétrea e como direito fundamental, garantindo a igualdade de gênero em seu artigo 5. Entretanto, não foi suficiente para mudar a cultura e a forma como a mulher era vista e tratada na sociedade, principalmente pelos seus companheiros (MARTINELLI, 2020).

A década de 1990, foi marcada pela realização de diversas conferências mundiais que incluíram em sua agenda a temática da luta das mulheres, sendo elas: 1) 1992: Conferência Rio-92 sobre o meio ambiente debateu o ecofeminismo e ampliou os espaços de participação social; 2) 1993: Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos; 3) 1994: Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, debateu direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero; 4) 1995: IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/China, marcou a importância da participação feminina em todos os espaços de poder, o papel do Estado e das políticas públicas para as mulheres, reafirmando a luta pela igualdade de gênero. A repercussão desses movimentos chegou ao Brasil, nas décadas de 1970 a 1990 e cada vez mais as mulheres passaram a fazer parte da esfera pública, dos espaços de debates institucionais e na vida política social (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Na primeira década do século XXI, ocorreu a criação de dois Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), nos anos de 2004 e 2008, que traçam políticas e propostas que contribuem para a redução da desigualdade de gênero (PACHECO; DIAS, 2023).

O I PNPM foi construído sob a orientação dos princípios: igualdade e respeito à diversidade; equidade; autonomia das mulheres; laicidade do Estado; universalidade das políticas; justiça social; transparência dos atos públicos; participação e controle social (Brasil, 2004). O II Plano Nacional de Política para as Mulheres reafirmou os mesmos pressupostos e princípios estabelecidos no I PNPM. Compilado em 236 páginas constam 94 metas, 56 prioridades e 388 ações distribuídas em 11 áreas de atuação. Ele expressa que há dificuldades de definição e priorização de recursos voltados a programas com temáticas de gênero e/ou raça e etnia, com resistências de ordem técnica e política.

Possivelmente, elas sejam resultado de uma histórica atuação governamental limitada “por um tratamento setorial, em que há baixo nível de articulação e integração entre as ações, bem como por uma relativa invisibilidade e uma suposta neutralidade das políticas às questões de gênero, raça/etnia, orientação sexual, entre outras” (PACHECO; DIAS, 2023, p. 272 apud BRASIL, 2008, p. 200).

Em 2006, ocorreu a criação da Lei Federal nº 11.340, conhecida como Maria da Penha, que representou um marco político na luta pelos direitos femininos no Brasil. Esta, tem como objetivo erradicar, punir e prevenir a violência doméstica e familiar, ressaltando a importância da educação de profissionais e da população, a fim de coibir a violência por meio de atuações integradas entre as diversas políticas públicas já existentes. Além disso, alterou a forma de punição do agressor, não permitindo a aplicação de penas pecuniárias, como cestas básicas e multas (SOUZA; SOUZA; 2019).

O trabalho em conjunto da União, Estados e Municípios requerido por essa Lei, colaborou para que em 2007, o Governo Federal propusesse o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, para descentralizar as políticas públicas por meio de um acordo federal e garantir a implementação da Lei e a expansão e o fortalecimento da rede de atendimento. Assim, o Pacto foi firmado por 26 estados brasileiros e pelo Distrito Federal, com um orçamento de R\$ 1 bilhão destinado para as transferências federais, no período de 2008 a 2011 (MACHADO; PRADO, 2022).

Já em 2011, foi criada a Portaria N° 104, de 25 de Janeiro de 2011, que universalizou a relação de notificação compulsória em todo o território nacional, estabelecendo responsabilidades e atribuições aos profissionais dos serviços de saúde, relacionado à violência. Já em 2013, foi promulgado o Decreto nº 7.958 de 13 de março de 2013, que estabeleceu diretrizes para o atendimento às mulheres vítimas de violência pelos profissionais de segurança pública através da rede de atendimento do SUS (NASCIMENTO, 2021).

4.3. A Atenção Primária à Saúde e o papel do Técnico de Enfermagem

A Atenção Primária (APS) cumpre papel essencial e estratégico na rede para prevenção, identificação, notificação e coordenação do cuidado e assistência às pessoas em situação de violência (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Os Serviços de Atenção Primária constituem a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e podem atuar de modo central na articulação de parcerias entre os diversos setores sociais, como: saúde, educação, assistência social e justiça (MENDONÇA *et al.*, 2020). O sistema de saúde com base na APS tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, com ênfase na atenção clínica, prevenção de doenças e promoção de saúde. Ainda, caracteriza-se pela integralidade e longitudinalidade nas ações, acrescida da coordenação de assistência, atenção centrada na pessoa e na família e orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos (BVSMS, 2019).

A Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência proporciona ações e serviços de diferentes setores (assistência social, justiça, segurança pública e saúde), por meio de serviços especializados e não especializados. Esses, visam a ampliação, melhoria da qualidade de atendimento, identificação e encaminhamento adequados a essas mulheres, oferecendo integralidades e atendimento humanizado (SANTIAGO, 2021).

Compreende os serviços especializados: Casas-abrigo, Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (DEAM), Centros de Referência da Mulher, Defensorias da Mulher, Promotorias da Mulher ou núcleos de gênero nos Ministérios Públicos, Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180), Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), serviços de saúde voltados para o atendimento aos casos de violência sexual e doméstica, Posto de Atendimento Humanizado nos aeroportos e Núcleo de Atendimento à Mulher nos serviços de apoio ao migrante. Já os serviços não especializados incluem: hospitais gerais, serviços de atenção básica do SUS, escolas, creches, delegacias comuns, polícia militar, Centros

de Referência de Assistência Social (CRAS), ministério público e defensorias públicas (SANTIAGO, 2021).

“As mulheres identificam nas redes de serviços, de acordo com Labronici (2012), um importante fator de enfrentamento que está relacionado à capacidade de adquirir atitudes e sentimentos de controle sobre a própria vida. O apoio social permite a continuidade do processo de enfrentamento no que se refere à percepção sobre a questão da violência doméstica, pois possibilita enxergar o que não querem ver ou até mesmo esconder. Quando a vítima consegue falar, expor sua subjetividade, a partir da experiência traumática, pode atribuir um novo significado à vivência armazenada, o que torna possível mudar a significação do sofrimento, e, assim, superá-lo. A mobilização interna as coloca em movimento de busca por ajuda nas redes de apoio social diante do desejo de romper com o ciclo de violência” (SOUZA; SILVA, 2019, p.161).

Ao que tange ao técnico de enfermagem, em 2017 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria Ministério da Saúde nº 2.436, que destacou a necessidade de incorporação do profissional técnico de enfermagem para atender nos serviços de atendimento primário de saúde, exercendo atividades de baixa e média complexidade, exceto as privativas do enfermeiro (FERREIRA NETO; PATRÍCIO; SILVA, 2022).

Os técnicos de enfermagem da atenção básica são atores importantes na integralidade do cuidado e na ampliação das possibilidades de atenção ao usuário, seguindo o princípio de equidade e diretrizes que visam a redução de danos, atuando através de uma prática de intervenção ampliada e humanizada, sendo capazes de executar ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, técnicas de enfermagem, dentre outros. Desta forma, o técnico de enfermagem participa de ações em todas as fases da vida do usuário da APS, como: saúde do adulto e idoso, saúde da mulher e do homem, saúde da criança e do adolescente, além de atuar no Programa Saúde na Escola, com ações educacionais e assistências que oportunizam a escuta e criação de vínculo, minimizando problemas singulares e reconhecendo problemáticas em saúde de sua comunidade (FERREIRA NETO; PATRÍCIO; SILVA, 2022, p.1).

É comum muitas mulheres utilizarem estratégias específicas ou tentem inicialmente romper com o ciclo sem a ajuda de profissionais, utilizando recursos pessoais, na tentativa de solucionar ou minimizar novas situações de violência mantendo o foco no problema. Em alguns casos, elaboram táticas de enfrentamento

a partir da avaliação da situação e procuram pessoas (amigos, familiares, vizinhos), igrejas e/ou serviços de apoio quando já existiu agressão extrema com ameaça de morte (SOUZA; SILVA, 2019).

A importância do apoio social no sentido de fortalecer e preparar as vítimas para enfrentar a realidade da violência, segundo Gomes et al. (2015), está representada socialmente por temáticas referentes ao apoio religioso, apoio familiar e apoio de amigos. A religião percebida como força de libertação, capaz de salvar as vítimas do sofrimento, gera nas mulheres, a esperança de uma relação sem violência. A busca pelo apoio dos familiares é apontada como estratégia de autoproteção, uma vez que os membros da família cuidam uns dos outros. O apoio de amigos e vizinhos encoraja as vítimas a romperem com a relação permeada pela violência, por serem pessoas em quem se pode confiar e contar em situações adversas. Para o autor, as relações interpessoais permitem o compartilhamento de informações; de emoções e sentimentos; apoio espiritual; e muitas vezes oferecem suporte de recursos materiais, elementos que compõem as principais funções de uma rede de apoio social (SOUZA; SILVA, 2019, p.160-161).

A procura pela rede de saúde/serviço de apoio é o segundo passo dado pelas vítimas para romper com o ciclo de violência e normalmente ocorre quando a busca sozinha tem uma resposta negativa. As redes de serviços são identificadas pelas mulheres como um importante fator de enfrentamento que está relacionado à capacidade de adquirir atitudes e sentimentos de controle sobre a própria vida. O apoio social permite que enxerguem o problema como algo coletivo e conforme as autoras: “quando a vítima consegue falar, expor sua subjetividade, a partir da experiência traumática, pode atribuir um novo significado à vivência armazenada, o que torna possível mudar a significação do sofrimento, e, assim, superá-lo. A mobilização interna as coloca em movimento de busca por ajuda nas redes de apoio social diante do desejo de romper com o ciclo de violência” (SOUZA; SILVA, 2019).

As redes de atenção à saúde devem estar preparadas para o atendimento, já que é comum ocorrer a ocultação dos fatos pela própria mulher. Isso se deve pelos seguintes motivos: sentimento de vergonha, humilhação e/ou culpa; teme pela segurança pessoal e pela segurança de seus filhos; teve más experiências no passado quando contou sobre sua situação; sente que não tem controle sobre o que acontece na sua vida; espera que o autor mude de comportamento como prometido; crê que suas lesões e problemas não são importantes; quer proteger seu companheiro

por razões de dependência emocional ou econômica; ter medo de perder seus filhos; o autor da violência a acompanha ao serviço e não a deixa só com a equipe de saúde (D'OLIVEIRA *et al.*, 2019).

A falta de identificação das vítimas também ocorre pelos profissionais de saúde e por esse motivos os casos se tornam invisíveis nos serviços de saúde. Dentre os principais motivos para isso, destaca-se: o sigilo das mulheres; falta de tempo; receio em intervir em assuntos conjugais; não identificação de lesões físicas aparentes; as próprias profissionais sofrem/sofreram ou cometem/cometeram violência doméstica ou conhecem casos com seus familiares e esta proximidade dificulta a ação; podem conhecer pessoalmente o autor da violência ou membros de sua família e assim sentirem constrangimento em abordar o tema; não saberiam o que fazer se uma mulher lhes contasse sobre suas experiências de violência e por isto têm medo de perguntar (HOLANDA *et al.*, 2018; D'OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Portanto:

“Há a necessidade de constante identificação da rede de atenção, que pode sofrer frequentes alterações, exigindo dos profissionais o conhecimento da rede de proteção contra a violência, que deve incluir os serviços intersetoriais da saúde, da segurança, jurídicos, entre outros. E, ainda, os profissionais podem ter formação inadequada, apresentar conflitos morais e éticos que culminam na culpabilização e responsabilização das vítimas, o que leva a uma invisibilidade da situação e, conseqüentemente, à ausência de notificação no sistema de vigilância em saúde. Isso decorre da escassez de regulamentos que firmem procedimentos técnicos para esse fim e pela ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar. Assim, é necessária a educação permanente em saúde” (MACHINESKI, 2023, p. 936).

O enfrentamento e acolhimento por parte de toda a equipe na Atenção Primária, exige do profissional o preparo adequado e escuta atenta. Condutas básicas devem ser seguidas em qualquer abordagem, como: não julgar, acreditar na usuária, garantir sigilo, não vitimizar e estimular uma decisão assistencial compartilhada. Especificamente à equipe de Enfermagem, cabe: o acolhimento; identificação de condutas imediatas; priorização do atendimento; organização do fluxo; condução da usuária a um local adequado (sala de procedimentos ou sala reservada) e acionar demais profissionais, conforme cada situação (D'OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Os profissionais devem colocar em prática a escuta ativa e acolhedora, com ênfase no processo de superação da violência, que vai ser diferente para cada mulher. Para isso, sugere-se que sejam treinados para uma técnica de conversa, cuja base é a escuta qualificada para detecção e orientação de mulheres vítimas dessa situação, seguindo princípios de disponibilidade de tempo, privacidade, sigilo, acolhimento, vínculo e confiança (BEARZI *et al.*, 2020).

De acordo com as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde, é fundamental a realização da notificação compulsória desde o início da suspeita de violência, já que possibilita conhecer a magnitude e a gravidade dos casos e compreender a situação epidemiológica, para prevenção e proteção das vítimas. Outros procedimentos devem ser adotados, como o encaminhamento à delegacia de polícia para a realização do boletim de ocorrência e exame pericial, e em casos de violência sexual em até 72 horas deve se iniciar o protocolo de profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis e de gravidez (NASCIMENTO, 2021).

O estudo realizado pelos mesmos autores referidos anteriormente (BEARZI *et al.*, 2020), demonstrou que ainda há o desconhecimento de alguns dos serviços ofertados pela Rede de Atendimento e para o acesso, bem como a burocracia e dificuldade de comunicação entre os pontos de atenção. Ocorre também a dificuldade dos profissionais se colocarem no lugar de responsabilização pela coordenação do cuidado e de articuladores da rede. Logo, sugere-se que a entrada nesta rede possa acontecer em qualquer ponto de atendimento, mas que haja uma horizontalidade entre os serviços que permita a circulação de profissionais, usuárias e de informações.

SOUZA *et al.* (2021), também relata que há um despreparo pela equipe de enfermagem quanto ao conhecimento da legislação e da notificação compulsória, o que gera insegurança, medo e dificuldades em prestarem informações corretas no atendimento. Ainda, aponta a falta de familiaridade com as fichas de notificação compulsória no acolhimento, no encaminhamento ao psicólogo, ao assistente social e a segurança pública e a falta de conhecimento, desconhecendo características epidemiológicas da violência e sua conduta. Por isso, a necessidade de preparação e capacitação profissional.

A falta de conhecimento profissional acerca da temática e a sua conseqüente deficiência na realização da escuta qualificada, pode causar na vítima um impacto negativo em relação ao acolhimento, resultando em encaminhamento da mesma para

outro serviço, fazendo do manejo da situação apenas um “mero modelo biomédico” (LEITE *et al.*, 2022).

Sabendo disso, é crucial que as relações interpessoais entre esses profissionais e as vítimas, sejam fundamentadas na criação de vínculos para que consigam encorajá-las e empoderá-las sobre seus direitos e suas decisões. Assim, além de beneficiarem às assistidas, também favorece ao profissional a emancipação dos conhecimentos técnico-científicos, habilidades e competências para atendimentos como esse (SOUZA *et al.*, 2021).

Em concordância com Mendonça *et al.* (2020), a violência só poderá ser enfrentada pelos profissionais, se os mesmos estiverem de acordo com o processo de trabalho estabelecido, não bastando apenas estarem próximos às vítimas e à comunidade. É necessário criar modelos de atenção que compreendam os sujeitos em sua totalidade, seus costumes e necessidades, de forma interativa e dinâmica e ainda, considerando as instabilidades dos *locus* sociais. Desvelar, desnaturalizar, “desbiologizar” e “desmedicalizar” a violência, são boas formas para dar início à ressignificação da violência, enquanto questão sociocultural com impacto na saúde pública e não apenas na saúde mental e na segurança pública.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é uma questão de gênero e de saúde pública que atinge mulheres das mais diferentes classes sociais, idades e etnias. Logo, necessitam de um olhar crítico e de atenção especial para o enfrentamento, exigindo não somente leis e medidas protetivas, como também reestruturação intersetorial, de forma a garantir proteção e promoção de saúde.

No Brasil, o Sistema de Saúde (SUS) e a Atenção Primária tornaram-se fundamentais na proteção às vítimas. As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com ênfase aos profissionais de enfermagem, são impertiosas, ao garantirem identificação de casos, escuta qualificada, assistência e encaminhamento.

Os estudos analisados demonstraram que há ainda uma grande dificuldade dos profissionais em lidarem com casos de violência, principalmente no que se refere a identificação das vítimas, na notificação e encaminhamento. Portanto, é necessário que para que haja melhora do trabalho ofertado na Atenção Primária à mulheres vítimas de violência, ocorra o preparo desses profissionais por meio de cursos e capacitações; utilizem da escuta qualificada e estejam mais próximos dos usuários para a criação de relações interpessoais e manejo adequado a depender de cada caso.

No que se refere à limitação do estudo, foi observado a escassez de estudos que contemplem apenas a prática do técnico de enfermagem e não de enfermeiros. Porém, sabendo que o trabalho desenvolvido na Atenção Primária é multidisciplinar, considerou-se a assistência de enfermagem de uma maneira geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALBINOTTI, Izabele. A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO EXPRESSÃO DO PATRIARCADO E DO MACHISMO. **Revista da Esmesc**, [s. l], v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018.

BEARZI, Paula Suséli Silva de *et al.* Trilhas para o enfrentamento da violência contra a mulher. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 3, p. 1-14, 2020.

BEIRAS, Adriano *et al.* **Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher**. 6. ed. São Paulo: Fundação Escola, 2019. 20 p.

BVSMS. **CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL**. Brasília: Gov, 2019. 79 p.

CARNEIRO, Cristianne Teixeira *et al.* FLUXOS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Revista Ciência Plural**, [s. l], v. 8, n. 3, p. 1-20, 2022.

CASTANHA, Liliane; LIMA, Maria Regina Tusky de; PECORARO, Tatiane. Acolhimento de mulheres vítimas de violência na Atenção Básica em Saúde. **Revista Nupem**, Campo Mourão, v. 14, n. 31, p. 248-262, 2022.

CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira. **Atlas da violência 2023**. Brasília: Ipea, 2023. 115 p.

CNMP. **Violência contra a mulher : um olhar do Ministério Público brasileiro**. Brasília: Brasil, 2018. 244 p.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; MADEIRO, Alberto Pereira. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Rev Baiana Enferm**, [s. l], v. 36, p. 1-13, 2022.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. L. *et al.* **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**. São Paulo: Entrelinhas, 2019. 39 p.

FERREIRA NETO, Delcides Nunes; PATRÍCIO, Anna Cláudia Freire de Araújo; SILVA, Paula Cristina. CONDUZAS DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. **R Pesq Cuid Fundam**, [s. l], v. 14, p. 1-10, 2022.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Maurício Gomes. Revisões sistemáticas e outros tipos de síntese: comentários à série metodológica publicada na Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 1-6, 2022.

HOLANDA, Eliane Rolim de *et al.* FATORES ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 31, p. 1-9, 2018.

LEITE, Paula Mara Gomes *et al.* Atuação do enfermeiro na atenção básica frente a mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [s. l], v. 11, n. 3, p. 1-12, 2022.

MACHADO, Marta Rodriguez de Assis; PRADO, Mariana Mota. Dimensões Institucionais da Igualdade de Gênero: o Caso Maria da Penha. **Rev. Direito e Práx**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 2404-2443, 2022.

MACHINESKI, Gicelle Galvan. O significado da atenção à mulher vítima de Violência Doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 931-940, 2023.

MENDONÇA, Carolina Siqueira *et al.* Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l], v. 25, n. 6, p. 2247-2257, 2020.

MARTINELLI, Aline. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ABORDAGEM HISTÓRICA. **Teoria Jurídica Contemporânea**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 12-44, 2020.

MIURA, Paula Orchiucci *et al.* VIOLÊNCIA DOMÉSTICA OU VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: ANÁLISE DOS TERMOS. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 30, p. 1-13, 2018.

NASCIMENTO, Rayane Blanda Gouveia do. **ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM FRENTE À MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**. 2021. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2021.

PACHECO, Eriane Martins; DIAS, Miriam Thais Guterres. A luta das mulheres por políticas sociais: avanços e retrocessos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, v. 146, n. 1, p. 263-283, 2023.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paul Enferm**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 1-2, 2007.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 386-396, 2021.

SEMAHEGN, Agumasie; MENGISTIE, Bezatu. Domestic violence against women and associated factors in Ethiopia; systematic review. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 1-12, 29 ago. 2015. Springer Science and Business Media LLC.

SILVA, Elaine Albino da; OLIVEIRA, Viviane Braga de. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E OS DIREITOS HUMANOS. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 9., 2019, São Luís. **Anais Eletrônicos**. São Luís: Joinpp, 2019. p. 1-12.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, 2021.

SOUZA, Marjane Bernardy; SILVA, Maria Fernanda Silva da. Estratégias de Enfrentamento de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: Uma Revisão da Literatura Brasileira. **Pensando Famílias**, [s. l], v. 23, n. 1, p. 153-166, 2019.

SOUZA, Maria Clara Guimarães; SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo. Psicologia e políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulheres: experiências de universitárias. **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 125-149, 2019.

SOUZA, Jhuliano Silva Ramos de *et al.* CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. **Rev Enferm Atual In Derme**, [s. l], v. 95, n. 34, p. 1-9, 2021.

VIGANO, Samira de M. Maia; LAFFIN, Maria Hermínia L. F.. MULHERES, POLÍTICAS PÚBLICAS E COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO. **História (São Paulo)**, Santa Catarina, v. 38, p. 1-18, 2019.