

Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência

Educational workshops with professionals of the Family Health Teams (EqSF): (re)signifying care practice for women in situations of violence

Ethel Bastos da Silva^I, Laura Ferreira Cortes^{II}, Stela Maris de Mello Padoin^{III},
Lucila Amaral Carneiro Vianna^{IV}

Resumo

Neste estudo, objetiva-se descrever as oficinas pedagógicas realizadas com profissionais de Equipes de Saúde da Família (EqSF) com a temática violência contra as mulheres. É parte de um projeto de tese de doutorado realizado em um município da Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, nos meses de setembro a dezembro de 2012. A técnica utilizada, oficinas pedagógicas, fundamentou-se na Pedagogia Problematicadora e foi aplicada nas etapas do Arco de Charles Maguerez: observação da realidade com a identificação do problema da prática; elaboração dos pontos-chave ou temas; teorização, hipóteses e soluções; aplicação à realidade. Os resultados revelaram interação entre pesquisadores e profissionais e o desejo comum de construir abordagens por meio do diálogo, conhecimento prático e teórico. Houve maior integração entre os profissionais das equipes de saúde e setores da educação, justiça e assistência social. Foi possível ressignificar a prática assistencial, a partir da reflexão, e propor ações transformadoras para a promoção do acolhimento da mulher. Emergiu daí a necessidade do trabalho contínuo dessa temática por meio da Educação Permanente.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Saúde da Família, Profissionais de Saúde

Abstract

This study is an attempt to describe the pedagogical workshops held with Family Health Teams (EqSF) professionals themed violence against women rooted in problematizing pedagogy. It is part of a doctoral thesis carried out in a city in the Northwestern region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil, from September to December 2012. The technique, teaching workshops, was based on problematizing pedagogy and was applied in stages of Charles Maguerez Arc: observation of reality by identifying the problem of practice, development of key points or themes; theory, hypotheses and solutions; application to reality. The results revealed interaction between researchers and practitioners and the desire to build common approaches through dialogue, practical and theoretical knowledge; there was greater integration between the health teams, education sectors and social justice. It was possible to reframe the health care practice, from reflection, to propose transforming actions to promote women receiving, emerged the need for continued work for this theme through Permanent Education.

Keywords: Violence against Women, Family Health, Health Professionals

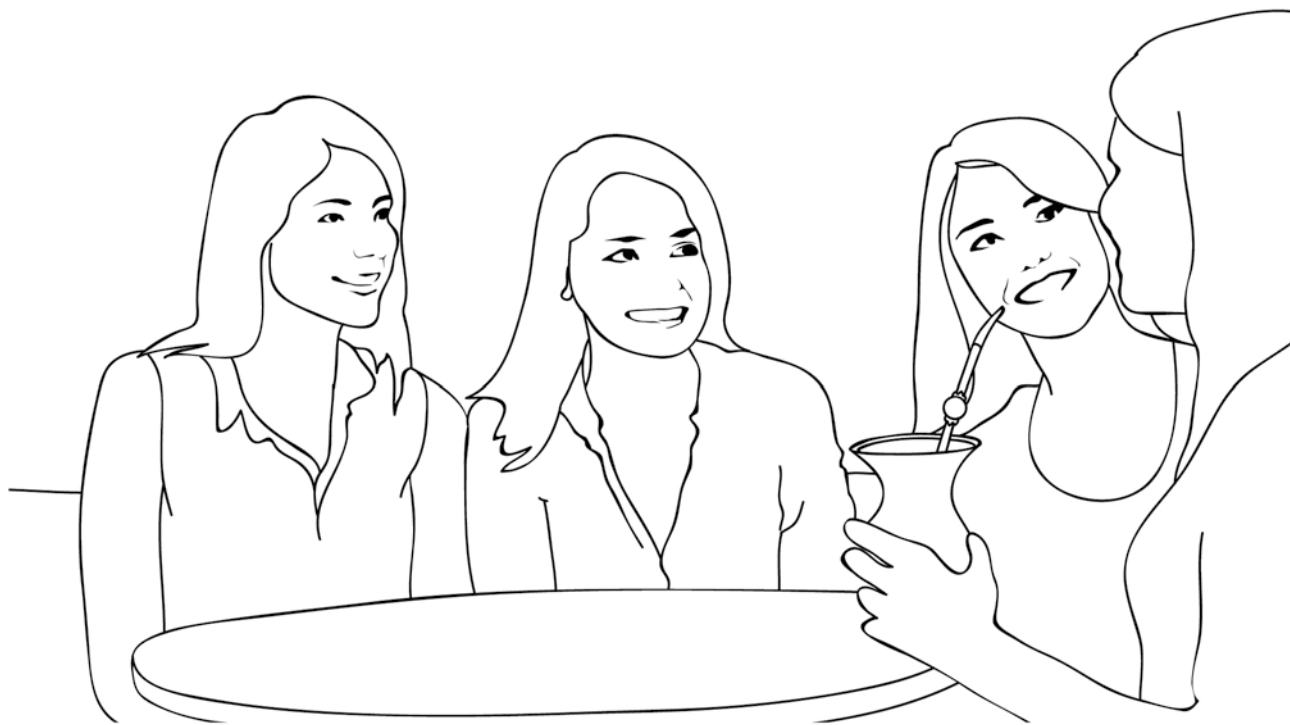
^I Ethel Bastos da Silva (ethelbastos@hotmail.com) é enfermeira, mestre, professora da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Estado do Rio Grande do Sul (UFSM/Cesnors), Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil; doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Dinter Novas Fronteiras - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/ Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/Universidade Federal de Santa Maria/(UFSM).

^{II} Laura Ferreira Cortes (lferreiracortes@gmail.com) é enfermeira especialista em Sistema Público de Saúde; mestranda do Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); estudante do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS).

^{III} Stela Maris de Mello Padoin (padoinst@smail.ufsm.br) é enfermeira, doutora, professora-adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); líder do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^{IV} Lucila Amaral Carneiro Vianna (lvianna@unifesp.br) é enfermeira, doutora, professora-titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).



Introdução

A violência é considerada um problema de saúde pública desde a década de 1990, em razão do impacto causado à saúde por lesões, danos e morte¹⁰. Está fundamentada nas relações desiguais de gênero¹, nas quais os homens que agredem encontram subsídios para os atos violentos. Essas questões são determinantes da saúde e adoecimento de mulheres, passando a ter visibilidade no setor saúde. Assim, a assistência às mulheres em situação de violência é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher vem sendo incluída nos serviços de saúde¹³.

Nesse contexto, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres¹¹ reforça a necessidade de ações de prevenção, combate e assistência às mulheres em situação de violência, considerando a Estratégia Saúde da Família (ESF) como locus privilegiado de intervenção¹². Essa política vem sendo implantada desde 1994 como um modelo de atenção na reorganização da atenção básica de saúde no Brasil. A ESF é composta de equipe multiprofissional que deve atuar de forma interdisciplinar, visando ao atendimento integral à saúde das famílias de uma área adscrita⁶. Portanto, a ESF pode ser a porta de entrada para o cuidado à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

As mulheres que vivem em situação de violência

necessitam ser atendidas pela equipe de saúde. No entanto, estudos mostram que profissionais sentem-se despreparados para atuar e acolher essas mulheres por falta de qualificação; assim, os estudos sugerem ampliar os conhecimentos para que se possa tratar desses problemas na atenção primária^{1, 11, 18}.

Em um município da Região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, pesquisadoras da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Estado observaram que a violência contra a mulher é pouco visível nos serviços de saúde e que a prática assistencial tem caráter biologicista e medicalizador. Diante dessas constatações, ocorreu a aproximação das pesquisadoras e profissionais de seis EqSF com a proposta de desenvolver uma pesquisa participante para discutir de que forma as mulheres em situação de violência são atendidas nesses serviços.

Com esse intuito, pesquisadores e participantes planejaram oficinas pedagógicas a fim de promover a discussão e a reflexão das práticas em saúde vigentes para a construção de uma nova abordagem assistencial às mulheres. Para desenvolver as atividades educativas, adotou-se pedagogia crítica orientada pelos conceitos da educação problematizadora que, de acordo com Freire, acontece quando os homens vão percebendo como estão em suas realidades, identificando situações limite como desafiadoras e possíveis de serem transformadas por eles.⁷

Assim, este estudo tem o objetivo de descrever a experiência de oficinas pedagógicas realizadas com profissionais de EqSF ancorados na Pedagogia Problematizadora, utilizando-se o Arco de Charles Maguerez.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de ações educativas, por meio de oito oficinas educativas com trinta profissionais das EqSFs: enfermeiros, técnicos de enfermagem (TC), auxiliares de enfermagem (AE), dentistas, auxiliares de saúde bucal (ASB), agentes comunitários de saúde (ACS). Estas aconteceram às quartas-feiras à tarde, dia destinado às reuniões de equipe. O período foi setembro-dezembro/2012, no Centro Especializado Regional de Saúde do Trabalhador (Ceresst).

As oficinas educativas são formas de construir conhecimento pela ação e reflexão com o objetivo de integrar conceitos, crenças e informações da realidade vivida pelos participantes. A realização de atividades em grupo permite a assimilação e a construção coletiva de conhecimentos¹⁶. Estas foram fundamentadas na Pedagogia Problematizadora e no Arco de Charles Maguerez², constituídos das seguintes etapas, que foram implementadas por meio de oficinas:

Etapas 1: observação da realidade juntamente com a definição de um problema de estudo, desenvolvida na primeira oficina;

Etapas 2: pontos-chave – emergência na segunda e na terceira oficinas;

Etapas 3: teorização – desenvolvida na quarta, na quinta e na sexta oficinas;

Etapas 4: hipótese de solução – elaboração na sétima oficina;

Etapas 5: aplicação à realidade – oitava oficina, que se refere à intervenção, à prática, ou seja, ao exercício das situações apreendidas e associadas ao problema².

Resultados e discussão

Primeira etapa: observação da realidade

Para dar início às atividades, na *primeira oficina* os participantes se organizaram em cinco grupos, autodenominados: Roxo, As/Os Justicieras/os, Solidariedade, Carinho e Esperança. Foram lançadas as questões: o que você entende por violência e como você atende as mulheres que vivem em situação de violência em sua realidade? Os participantes descreveram a violência

física e psicológica e as desigualdades de gênero como motivadoras de agressão. Somam-se o desemprego, alcoolismo e drogas como agravantes. Quanto à prática assistencial, limita-se a atender a violência física e relatada pela mulher com encaminhamentos ao psicólogo e serviço de assistência social, o que é convergente com práticas assistenciais existentes em serviços em que os profissionais não receberam orientações sobre a abordagem dessa problemática³.

Segunda etapa: pontos-chave

Na *segunda oficina*, foram identificados os fatores limitadores e potencializadores. Limitadores: o não reconhecimento da mulher que sofre violência como demanda de saúde; ausência de capacitação técnica da equipe multiprofissional, de um protocolo de intervenção, de registro e notificação dos casos de violência; pouco conhecimento sobre os serviços especializados de referência – limitações também observadas na prática assistencial na atenção básica em Matinhos, Paraná¹⁷. Potencializadores: a proximidade das famílias, o vínculo dos profissionais, especialmente dos ACS, a escuta e a oferta da ESF como local para atendimento da violência. A relação horizontal entre ACS e mulheres e suas famílias permite a criação do vínculo na assistência permeada pela escuta ativa¹⁷.

Na *terceira oficina* intensificou-se a discussão em torno das causas limitadoras: o não reconhecimento da violência sofrida, por medo, vergonha, dependência financeira do companheiro e necessidade de manter a família; ausência de capacitação técnica da equipe para trabalhar em rede, atribuída à falta de incentivo da gestão municipal. Nesse aspecto, o suporte teórico sobre o assunto e o comprometimento institucional dos serviços de saúde poderão contribuir para a inserção do problema como demanda na prática assistencial.⁸ No final, os pontos-chave foram elaborados a fim de aprofundar e subsidiar os construtos teóricos para a transformação do problema da prática assistencial: reconhecimento da violência contra a mulher, além da dimensão biológica, acolhimento e abordagem, e rede de atenção integrada.

Terceira etapa: teorização

A *quarta oficina* teve como objetivo discutir o reconhecimento da violência contra a mulher para além da dimensão biológica. Iniciou-se com a discussão de uma situação na qual uma mulher é morta ao voltar para casa

após sair da residência de um amigo à noite. Ela pediu ajuda ao amigo e a um desconhecido e nenhum deles auxiliou. Os grupos discutiram e elegeram os motivos pelos quais a mulher não foi auxiliada: as pessoas não querem se envolver com situações íntimas e públicas porque pensam que não lhes cabe essa função e não querem ajudar por sentir medo de enfrentar o perigo. Essa dinâmica promoveu a reflexão sobre os conceitos de julgamento, valor, preconceito, rejeição e solidariedade presentes na vida das pessoas e que, muitas vezes, as impedem de ajudar uma mulher em situação de violência. Muitos casos são submetidos ao julgamento moral dos profissionais, sendo as situações de violência justificáveis em razão do comportamento as mulher¹⁸.

Na sequência, assistiu-se ao vídeo *Prevenção à Violência contra a Mulher*, produzido pela Secretaria de Políticas para as Mulheres (Salvador/Bahia), com objetivo de refletir acerca do tema. Esse momento provocou uma reflexão pessoal e profissional dos participantes, pois muitos deles compartilhavam dessas opiniões e repensaram essas questões como fatores que impedem o acolhimento às mulheres e os tornam coniventes com essas situações¹⁴. Esses julgamentos morais de que a violência é justificável em determinadas circunstâncias são transferidos também para a prática profissional, e os atendimentos dos casos acabam sendo feitos segundo essa compreensão. A reprodução dos preconceitos e posturas sexistas pelos profissionais na atenção reforça as desigualdades entre homens e mulheres e mantém a mulher na situação de violência, o que pode gerar a violência institucional, além da vivida por ela¹⁸. É preciso romper com essa prática e se predispor a um novo modelo de acolhimento.

A discussão de estudos de caso, com base em material do Ministério da Saúde, artigos e protocolos, desencadeou a identificação dos tipos de violência: de gênero, física, geracional, sexual, patrimonial, institucional, psicológica, racial e doméstica. Os participantes discutiram e apresentaram análise sobre o acolhimento. Compreenderam a complexidade da violência e que o acolhimento na ESF é essencial para dar seguimento ao atendimento interdisciplinar às mulheres. Nesse aspecto, recomenda-se que o acolhimento se oriente pelo diálogo e relações simétricas entre os profissionais e as usuárias. Uma escuta atenta e a confiança fazem com que a mulher se sinta à vontade para falar, e essa prática pode ser realizada nos serviços de saúde. E a partir da identificação da violência é preciso buscar juntamen-

te com as mulheres a elaboração de plano de enfrentamento da violência^{1,4}, no qual se inclui a participação dos membros da EqSF com suas especificidades, de acordo com as necessidades encontradas.

Os participantes assistiram também ao vídeo de entrevista com profissional fundador da Turma Apolônia, que atua na reconstituição dos dentes de mulheres que sofreram violência física. Essa atividade objetivou apresentar que é possível atuar na área de reabilitação, reforçando o caráter interdisciplinar do acolhimento. A integração do trabalho da EqSF é essencial para a reabilitação da mulher que sofre violência, pois todos envolvem-se na atenção à mulher no que lhe compete, apoiando um ao outro em um projeto comum em que a mulher deve ser considerada o centro da tomada de decisão⁴.

A *quinta oficina* objetivou discutir a abordagem e o acolhimento. Os representantes dos grupos Solidariedade, Esperança e Carinho dramatizaram os casos de violência, refletiram sobre o tema e apresentaram a síntese no grande grupo.

O primeiro grupo, Solidariedade, trouxe para o debate as marcas visíveis da violência como ponto de partida para a intervenção dos profissionais e a dificuldade que a mulher tem em relatar a violência vivida devido ao constrangimento da família, da sociedade e dos próprios serviços de saúde. A dificuldade de manter vínculos sociais da mulher a coloca em uma condição de isolamento e fragilidade⁴, e isso é um entrave ao atendimento. No entanto, a escuta qualificada, o registro dos casos, a notificação e a oferta dos serviços da ESF, em especial pela visita domiciliar do ACS, são vistos pelos profissionais como início da atenção integrada. A escuta ativa e o estabelecimento de vínculo entre o ACS e as mulheres fazem com que se identifiquem a violência e suas consequências na saúde delas, mesmo que não contem. O vínculo, como prática assistencial, pode ser o primeiro contato da mulher com a rede de atenção³.

O grupo Carinho debateu a busca da mulher que sofre violência de gênero pelo serviço de saúde para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis e da inclusão do companheiro nesse acolhimento. O reconhecimento de que a violência contra a mulher é construída dentro de relacionamentos justifica a necessidade de se incluir o homem na atenção; sugere-se rever essa visão dicotômica entre vítima e agressor na prática assistencial⁹.

A discussão centrou-se na negociação do uso do preservativo e na decisão do uso, definida pelo homem

e aceita pela mulher pela condição de submissão. Há tentativas de mudança nessa situação, por parte da mulher; no entanto, ainda prevalecem posturas de subordinação. É preciso que os profissionais passem a trabalhar mais essas questões em seus cotidianos de trabalho, embora se reconheça que é um grande desafio, pois a mulher, muitas vezes, procura os serviços de saúde ainda sob vigilância do parceiro,⁵ condição essa relevante para ser considerada no enfrentamento do problema na assistência.

O grupo Esperança discutiu o tempo que a mulher leva para sair da situação de violência, que pode ser longo e doloroso, pois ela precisa buscar independência, apoio da família e dos setores responsáveis como segurança, justiça, assistencial social e de saúde. E as mulheres que conseguem sair da situação de violência sentem-se constrangidas e culpadas por não manterem seus casamentos e precisam de apoio psicológico. Isso remete à ideia da manutenção do casamento e da família como responsabilidade da mulher e de fracasso diante da ruptura⁵. Trabalhar considerando essa questão exige escuta empática, o que pode contribuir para a prática assistencial.

Na sexta *oficina*, além dos grupos, estavam presentes 14 convidados representantes dos setores de segurança, saúde hospitalar, assistência social e educação – sendo um representante da promotoria, um do Conselho Tutelar, dois da Brigada Militar, um da Defensoria Estadual, um da Secretaria Municipal de Educação, um do Serviço de Psicologia do Cerest, três do Serviço de Psicologia e Assistência Social da Secretaria Municipal de Saúde, dois do Serviço de Saúde Hospitalar e um do Centro de Referência e Assistência Social, e um representante de uma das ESFs.

Cada representante falou sobre as atividades desenvolvidas no acolhimento às mulheres, e todos foram questionados pelos grupos sobre os desafios e a possibilidade da construção de um trabalho intersetorial (rede). Os profissionais podem iniciar ações de promoção à saúde com as mulheres, mas precisam de outros setores da sociedade para a solução da violência, além das famílias e das próprias equipes de saúde⁴. A inexistência ou o desconhecimento da rede de atendimento é fator de insegurança para a prática dos profissionais na atenção à saúde das mulheres em situação de violência¹⁵. Isso significa não poder dar sequência à prática assistencial.

No setor saúde, observou-se a ausência de notificações nos serviços. O município não adotou essa prática

como rotina nas ESF e demais unidades. A partir dessa discussão, sentiu-se a necessidade de convidar os profissionais da vigilância epidemiológica para integrar o grupo visando complementar as ações, pois a atuação desse setor é essencial para mensurar os casos e planejar ações de prevenção e enfrentamento. A notificação é uma forma de dar visibilidade à violência. Estudo mostra que, apesar da elevada frequência, a violência de gênero não é visível nos serviços em razão da subnotificação de casos e da sua desvalorização como problema social, transgressão aos direitos das mulheres e como instauradora de danos à saúde.⁶

Essa oficina promoveu o conhecimento das ações dos profissionais dos setores complementares, aproximando-os por meio do diálogo e oportunizando a programação de intervenções conjuntas. Emergiu a necessidade de maior integração entre os profissionais das instituições para a criação de espaços de discussão, a fim de formar uma rede integrada de serviços para qualificar a prática assistencial das ESFs e dos demais setores. As instituições e os profissionais podem ter uma função essencial para que as mulheres saiam da situação de violência, por meio da organização de rede de atenção e de fluxo de atendimento.⁵ A organização da rede pode ampliar ações da prática assistencial com base no atendimento complementar, necessário para a resolutividade do problema.

Quarta etapa: construindo as hipóteses e soluções

Na sétima *oficina*, emergiu a necessidade de se elaborar um protocolo de atendimento com um fluxo interno, orientado pelo vínculo, escuta qualificada, registro no prontuário, notificação, elaboração de um plano de enfrentamento com estratégias de proteção para as situações de violência, acompanhamento, discussão dos casos na equipe, orientação quanto aos direitos e fortalecimento para realizar a denúncia. Acrescenta-se o encaminhamento para os setores da justiça, de assistência social e serviço de psicologia. Para tanto, salientou-se a necessidade de se articular a comunicação entre os serviços, por meio da sensibilização dos profissionais para o início de um trabalho integrado (rede). A sugestão dos profissionais é de que esse protocolo seja adotado nas unidades de saúde como uma possibilidade de melhoria da assistência. Estudos mostram que a assistência baseada em protocolo ainda é prestada em unidades de referência onde os profissionais são capacitados para acolher as demandas das mulheres^{3,4}.

Os participantes apontaram também a necessidade de buscarem conhecimento sobre o tema, por meio do planejamento de ações de educação permanente em saúde. Para que seja possível a resolutividade, são necessárias a interlocução com os serviços da rede do município e a constituição de serviços de apoio: casas abrigo e um centro de referência, que ainda não integram a realidade do município. Nesse sentido, a rede de apoio social às mulheres é precária e não garante a proteção das usuárias³.

O reconhecimento da fragmentação das práticas e a desarticulação dos serviços da rede de atenção desencadearam a necessidade de se formar um grupo com os profissionais representantes desses e de outros setores para que se estruture um fluxograma intersetorial reafirmando a ideia de um trabalho em rede. Assim, os participantes sentiram o desejo de articular esses setores por meio do diálogo entre si, no intuito de acompanharem a mulher. A proposta de constituir redes de atenção baseia-se em modelos existentes exitosos que podem ser multiplicados, com permanente avaliação do processo e de impacto das ações, vigiando-se para que os serviços não se reduzam a pontos de triagem e/ou encaminhamentos¹⁵. Trabalhar nessa perspectiva é um desafio, considerando-se as diversas tensões que devem ser superadas entre os setores, a começar pelas diferentes concepções sobre o problema. A integralidade da prática assistencial é possível quando as ações dos profissionais baseiam-se em uma união interativa entre os pares e resulta na formação de projetos de intervenção que são fortalecidos em cada ponto da rede⁴.

Quinta etapa: aplicação à realidade

Na *oitava oficina*, os participantes narraram casos de violências físicas contra as mulheres, que foram identificados, atendidos, notificados e encaminhados à polícia, assistência social e serviço de psicologia. Observaram, também, que as ações geraram aumento das notificações e o reconhecimento das áreas em que há maior concentração de mulheres em situação de violência, o que fez com incluíssem ações de prevenção e vigilância no planejamento de ações em saúde de 2013. Nesse contexto, a proposta da pedagogia crítica e educação problematizadora permitiu que os participantes tomassem consciência crítica da situação, apropriando-se da realidade, sentindo-se parte dela e, com isso, buscando transformá-la⁷.

Considerações finais

Ao se realizarem as oficinas pautadas na educação problematizadora, pode-se observar que existiu, por parte dos profissionais das EqSF, dos ACS e pesquisadores, a preocupação e o desejo de melhorar a prática assistencial às mulheres em situação de violência. Embora as práticas estejam voltadas para a violência física, com caráter biológico, patologizante e medicalizador, constata-se que há uma compreensão de que a violência deve ser atendida mediante um olhar social, em que a escuta seja priorizada, o vínculo fortalecido e o acompanhamento realizado. Essas ações podem fazer com que a mulher reconheça que a ESF é um local da rede de atenção que ela pode acessar para enfrentar a violência.

A reflexão em torno das práticas e a ressignificação possibilitaram a inserção da subjetividade do atendimento nesse espaço e a recondução a uma prática pautada em abordagens mais sensíveis e menos preconceituosas. Observa-se a necessidade de estreitar as relações entre os setores para que o acolhimento seja organizado com base em protocolos e fluxos internos que possam se estender à justiça, à assistência social e à educação, denotando a preocupação com o trabalho intersetorial, em rede, para a resolutividade do problema.

A fim de que o acolhimento às mulheres em situação de violência seja realizado de modo resolutivo e seguro nesse cenário, os profissionais incluíram esse tema na pauta das ações de Educação Permanente em Saúde, reforçando a necessidade de ampliar as discussões e o aprendizado.

As oficinas pedagógicas adotadas para o estudo permitiram que os participantes discutissem a prática vivenciada e iniciassem um processo de (re)construção do conhecimento a partir da reflexão e ação. Constituíram-se em um espaço de relações sociais intersubjetivas, aprendizagem e de produções de novas formas de pensar e agir que se consolidaram em transformações.

Referências

1. Andrade CJM, Fonseca RMGS. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2008; 42(3): 591-5
2. Berbel NAM. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: Editora UEL, 1999.
3. Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra mulher em unidade de atenção primária a saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface Comunic Saude Educ*. 2009;13(28):165-74.
4. D'Oliveira AFPL, Scharaiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero- uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2009;14(4):1037-1050.
5. Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(5):1293-1304.
6. Franzoi NM, Fonseca, RMGS, Guedes, RN. Violência de Gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 27 jan 2012];19(3):1-9. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
7. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
8. Leal SMC, Lopes MJM, Gaspar MFM. Representações Sociais da Violência Contra Mulher na perspectiva da enfermagem. *Interface. Comunic, Saude Educ*. 2011;15(37):409-24.
9. Lima DC, Buchele F. Revisão crítica sobre o atendimento a homens autores de violência doméstica e familiar contra mulheres. *Physis Rev. Saúde Coletiva*. 2011; 21(2): 721-743
10. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília,DF; 2006.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres [monografia na internet]. Brasília, DF;2011 [acesso em 27 jan 2012]. Disponível em: http://www.campanhapon-tofinal.com.br/download/informativo_03.pdf
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2004.
14. Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 605-12.
15. Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):351-8.
16. Paviani NMS, Fontana NM. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura*. 2009; 14: (2): 77-88.
17. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2013; 29: (6): 1230-40.
18. Villela WV, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, Oliveira EM. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência Saúde Soc. São Paulo. 2011; 20(1): 113-123.