

# Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação

WOMAN ABUSE: CONTRIBUTIONS AND SHORTCOMINGS OF THE INFORMATION SYSTEM

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: CONTRIBUCIONES Y LIMITACIONES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

Irene Okabe<sup>1</sup>, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca<sup>2</sup>

## RESUMO

O artigo tem por objetivo apresentar um breve panorama do sistema de informação em saúde, no monitoramento da violência contra a mulher, analisando em que medida cada fonte de dados pode contribuir para o real dimensionamento do evento e subsidiar o processo de tomada de decisão. Neste sentido, o texto apresenta os avanços e contribuições de cada base de dados oficial existente no setor de saúde, bem como as limitações que ainda persistem pela pouca sensibilidade e especificidade destes sistemas no monitoramento da violência contra a mulher. Discute-se também a necessidade de estudos para o aprofundamento da questão e uma política de informação à luz de gênero para análise e intervenção nos determinantes da violência contra a mulher, dada à magnitude e a gravidade do problema, não só para as mulheres, mas para a sociedade como um todo.

## DESCRITORES

Violência contra a mulher.  
Sistemas de informação.  
Identidade de gênero.  
Causas externas.

## ABSTRACT

The purpose of this article is to present an overview of the health information system in monitoring woman abuse by analyzing the extent to which each data source may contribute to actual event dimensioning and underlie the decision-making process. Therefore, the text presents advances and contributions of each officially existent database in the health sector, and also its persistent shortcomings due to the scarce sensitivity and specificity of these systems in monitoring woman abuse. The article also discusses the need for further studies in order to deepen the issue, as well as a gender-based information policy for analysis and intervention of the violence determinants against women, considering the significance and seriousness of the issue, not only for women but also for society as a whole.

## KEY WORDS

Violence against women.  
Information systems.  
External causes.  
Gender identity.

## RESUMEN

El artículo tiene por objetivo presentar un breve panorama del sistema de información en salud en la actividad de monitoreo de la violencia contra la mujer, analizando de que forma cada medida y fuente de datos puede contribuir para el real dimensionamiento del evento y subsidiar el proceso de la toma de decisiones. En ese sentido, el texto presenta los avances y contribuciones de cada base de datos oficiales existentes en el sector de la salud, así como las limitaciones que todavía persisten por la poca sensibilidad y especificidad de estos sistemas en el monitoreo de la violencia contra la mujer. Se discute, también, la necesidad de realizar otros estudios para profundizar la cuestión y la elaboración de una política de información relacionada al género, para análisis e intervención en los determinantes de la violencia contra la mujer, dada la magnitud y la gravedad del problema no solo para las mujeres como para la sociedad como un todo.

## DESCRIPTORES

Violencia contra la mujer.  
Sistemas de información.  
Identidad de género.  
Causas externas.

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. irene.okabe@pucpr.br <sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rmgsfon@usp.br

## INTRODUÇÃO

As causas externas que incluem os acidentes e as violências se configuram como um dos principais problemas do setor de saúde pela sua magnitude e transcendência. Atualmente, é a segunda causa de mortalidade no país e provoca forte impacto na morbidade da população<sup>(1)</sup>.

No obituário feminino, as causas externas não configuram entre as primeiras causas de morte, porém as consequências não fatais da violência sofrida pelas mulheres são bastante graves porque representam custos significativos e uma demanda considerável para o setor saúde com manifestações que não se restringem apenas aos traumas e às lesões que expressam a agressão sofrida, mas a todo o seu perfil de saúde-doença.

No Brasil, a magnitude da violência contra a mulher, também chamada de *violência de gênero*, ainda não pode ser bem dimensionada, pois poucas pesquisas de base populacionais foram desenvolvidas no país e os estudos, em sua maioria, ocorrem de forma isolada nos Serviços de Saúde e na Secretaria de Segurança Pública abordando a ocorrência do evento entre as usuárias dos serviços de atendimento e não permitindo a generalização de suas conclusões para as mulheres da população em geral.

Atualmente o monitoramento da violência de gênero no setor saúde em nosso país ocorre a partir dos sistemas de informação existentes relacionados à mortalidade, à morbidade hospitalar dos internamentos via SUS e à notificação compulsória da violência contra a mulher, ainda em fase de implantação no território nacional.

As informações sobre este tipo de violência se encontram diluídas em bancos de dados concebidos com finalidades distintas, ou seja, a mortalidade com fins epidemiológicos e de base populacional, enquanto a morbidade idealizada para fins administrativos de pagamento dos internamentos de uma parcela da população atendidas no âmbito hospitalar. Estes sistemas demonstram em parte os casos mais graves da violência, subestimando o verdadeiro efeito da mesma, pois nem todas as agressões provocam ferimentos que necessitam de atenção médica, e mesmo as mulheres que apresentam graves lesões atendidas nos serviços particulares e convênios não são incorporadas ao sistema de monitoramento hospitalar. Apesar da carência de informação mais fidedigna da real situação do evento, estes sistemas demonstram, ainda, mesmo que parcialmente, a problemática e a necessidade das questões relativas à violência e à questão de gênero.

Pretende-se, neste artigo, apresentar um breve panorama do sistema de informação em saúde no monitoramento da violência contra a mulher, analisando em que

medida cada fonte de dados pode contribuir para o real dimensionamento do evento e subsidiar o processo de tomada de decisão.

## VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência contra a mulher é uma forma de violência que persiste no tempo e se estende praticamente a todas as classes sociais, culturas e sociedade. Desde a década de 1950, vem sendo referida de diversas maneiras como *violência intrafamiliar*, *violência contra a mulher*, *violência doméstica*. A partir da década de 1990, ela foi designada também como *violência de gênero*<sup>(2)</sup>.

Para compreender o significado da violência de gênero, é necessário, inicialmente, conceituar *gênero*. A noção de gênero foi introduzida na década de 1970 com o termo *gender* - traduzido para o português como gênero - nos estudos feministas anglo-saxões, para compreender as relações estabelecidas entre mulheres e homens. O termo se refere à construção social do sexo e se distingue da variável *sexo* porque esta última corresponde à dimensão biológica da caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos, reconhecida como essencial e inata na determinação das diferenças entre homens e mulheres<sup>(3)</sup>.

A discussão sobre o conceito de gênero, inicialmente vinculada aos papéis sexuais em termos das diferentes posições sociais entre os sexos, situa-se hoje em uma dimensão mais ampla porque busca compreender as relações sociais historicamente construídas, que se estabelecem entre homens e mulheres, mulheres e mulheres e homens e homens. Esta nova forma de abordagem representa um avanço teórico-conceitual, pois rompe com a dualidade homem-mulher, buscando também romper com as amarras da heterossexualidade compulsória<sup>(4)</sup>.

A incorporação do gênero como categoria abre caminho para a compreensão das desigualdades persistentes entre homens e mulheres. O gênero é abordado como um elemento constitutivo das relações sociais e como forma básica de representar as relações de poder, superando a visão de que as representações dominantes são naturais e inquestionáveis. Assumir o gênero como uma construção sociológica, político-cultural do termo *sexo* possibilita compreendê-lo numa dimensão que integra toda uma carga cultural e ideológica. É neste sentido que são necessárias referências concretas sobre a identidade masculina e feminina, sendo impossível compreender o específico da identidade feminina sem a compreensão do específico da identidade masculina e do que há de comum em cada ser humano<sup>(5)</sup>.

Baseada na noção de gênero, a Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, por meio da Declaração para Eliminação da Violência Contra a Mulher, define a violência contra mulher como,

A violência contra a mulher é uma forma de violência que persiste no tempo e se estende praticamente a todas as classes sociais, culturas e sociedade.

qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer isto ocorra em público ou na vida privada<sup>(6)</sup>.

Nessa perspectiva, a violência contra a mulher expressa a desigualdade de poder entre ambos os sexos, é reconhecida como uma questão de violação dos direitos humanos e como uma forma de discriminação contra a mulher<sup>(6)</sup>.

Um dos itens importantes na superação das relações de desigualdade é a visibilidade do fenômeno, que pode ser conseguida por meio da informação à população visando a romper a indiferença e a cumplicidade que levam à naturalização e à permanência de práticas discriminatórias na sociedade. Nesse sentido, é necessário ampliar o conhecimento do fenômeno, tendo em vista que o reconhecimento da desigualdade e da forma como ela evolui pode fundamentar as intervenções para a mudança.

## **SISTEMA DE INFORMAÇÃO NA ÁREA DE GÊNERO E VIOLÊNCIA**

A introdução da problemática que cerca a violência contra a mulher na agenda da saúde ocorreu por meio do movimento feminista, nas últimas décadas do século XX, buscando sensibilizar as mulheres e a sociedade geral para a consciência de gênero, pressionando e exigindo ações e intervenções do Estado junto às vítimas, não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes da violência, mas também no reconhecimento das mulheres de sua condição de cidadãs e como sujeitos capazes de decidir sobre suas próprias vidas.

Como resposta a isso, foram alcançados alguns resultados no desenvolvimento de estudos e de políticas sociais voltados ao problema. Entre os resultados destas políticas podemos citar a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994, que reconheceu a violência contra a mulher como um obstáculo para a saúde sexual e reprodutiva e dos direitos afins da mulher. Ainda no mesmo ano, foi realizada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, que representa um esforço do movimento feminista internacional para dar visibilidade à existência da violência contra a mulher e recomenda aos governos das Américas a adoção de medidas para prevenir, punir e erradicar esse tipo de violência. Recomenda também a investigação e a recopilação de estatísticas e demais informações pertinentes sobre as causas, conseqüências e freqüência da violência contra a mulher para formular e avaliar as mudanças necessárias<sup>(6-7)</sup>.

Em 1995, na IV Conferência Mundial das Mulheres, realizada em Pequim, as organizações femininas reforçaram a defesa da eliminação da violência contra o sexo feminino e as desigualdades entre homens e mulheres. Incluiu-se nesta agenda, a proposta de incorporação da perspectiva

de gênero em todas as políticas públicas, para que ambos os sexos possam se beneficiar de forma equivalente dos efeitos positivos dos programas governamentais, considerando que as questões das mulheres são globais e universais e que a equidade é essencial para a construção de uma sociedade mais justa<sup>(8)</sup>.

Para efetivação da proposta foi preconizada a necessidade de se garantir estatísticas confiáveis que permitam revelar os problemas e as questões referentes às mulheres e aos homens, dentre eles a violência contra a mulher. A Plataforma de Pequim de 1995 recomenda no seu artigo 129:

Promover pesquisas, recolher dados e elaborar estatísticas, especialmente no que concerne à violência doméstica relacionada com a freqüência das distintas formas de violência contra a mulher, e incentivar pesquisa sobre as causas, a natureza, a gravidade e as conseqüências dessa violência, assim como a eficácia das medidas aplicadas para preveni-la e reparar seus efeitos<sup>(8)</sup>.

A recomendação aponta a necessidade de se conhecer melhor e mais a realidade para subsidiar o planejamento das ações de enfrentamento do problema. No Brasil, foram desenvolvidas numerosas pesquisas no sentido de diagnosticar a situação da violência contra a mulher, porém, na sua grande maioria, elas ocorreram de forma isolada em serviços de atendimentos às vítimas, o que impossibilita a ampliação dos resultados para a população como um todo pela limitação do tamanho da amostra. No âmbito nacional, contam-se apenas com duas pesquisas desenvolvidas, a primeira realizada pelo IBGE em 1988 e a segunda pela Fundação Perseu Abramo, no ano de 2001<sup>(1)</sup>.

Em relação à inserção da perspectiva de gênero nas políticas públicas, ainda sob o impacto do movimento internacional, as mulheres brasileiras conseguiram junto ao Estado, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, órgão vinculado ao Ministério da Justiça, delegacias especializadas em atendimento a mulheres agredidas e a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>(1)</sup>.

Na política de informação, a conquista se deu pela aprovação, no território brasileiro, da notificação compulsória de casos de violência contra as mulheres que forem atendidas em serviços de saúde, públicos ou privados, em fase de implantação no país. Isto representa o primeiro sistema de informação em saúde que aborda especificamente, na sua origem, a área de violência e de gênero. Este sistema possibilita o avanço no monitoramento da violência contra a mulher, que atualmente é desenvolvido a partir dos sistemas de informação existentes. Apesar de que, em sua concepção, estes sistemas de informação não tiveram como finalidade dar resposta à questão da violência e nem mesmo à questão relacionada ao gênero, demonstrando limitações para uma efetiva ação de enfrentamento do problema.

O desenvolvimento das estatísticas na área de gênero se encontra em fase inicial. A partir de 1970, foi incluída,

de forma sistemática, a categoria *sexo* nas estatísticas oficiais do país, constituindo este ato o marco inicial para a incorporação de uma perspectiva de gênero nas informações geradas pelo setor público, e a possibilidade de codificação e desagregação dos eventos em homem-mulher. Este é um primeiro passo na tentativa de visualizar as diferenças e as desigualdades existentes entre homens e mulheres, porém, é necessário que, além da categorização, as estatísticas apontem as implicações e o impacto da categoria *gênero* no processo saúde-doença de indivíduos e grupos sociais<sup>(9-10)</sup>.

Os principais entraves ao conhecimento das relações de gênero, a partir das estatísticas públicas, se referem à concepção do sistema baseada na noção da neutralidade relativa do gênero, ou seja, o conceito elaborado a partir da teoria probabilística de ordenação dos eventos em que o valor médio da distribuição do caso se caracteriza um homem médio ideal, retratado nas estatísticas como um indivíduo *sem gênero*, porém, na realidade, reflete uma identidade que é sempre masculina<sup>(11)</sup>.

Embora haja reconhecimento de que a saúde é afetada por determinantes tanto biológicos como sociais, a ideia de gênero continua sendo secundária para o setor saúde, pois raramente a categoria é mencionada nos estudos desenvolvidos, além de, muitas vezes, ser usada erroneamente como sinônimo de sexo. Por outro lado, as estatísticas públicas existentes no país não permitem identificar os novos papéis assumidos pelos homens e pelas mulheres no interior da família e na vida social, tanto nos aspectos qualitativos quanto nos quantitativos.

Da mesma forma, os bancos de dados que compõem o Sistema de Vigilância Epidemiológica em Violência e Acidente, coordenado pelo Ministério da Saúde, demonstram, também, pouca sensibilidade e especificidade para o monitoramento da violência contra a mulher, como será visto a seguir.

O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) se origina da declaração de óbito, a variável da causa de óbito contida no instrumento revela, no caso das causas externas, as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu a lesão fatal<sup>(12)</sup>. A partir desta informação é possível caracterizar se o evento foi intencional ou não intencional. Desta forma, o SIM constitui um importante banco de dados para o monitoramento das causas externas e, no Brasil, representa, praticamente, a única fonte regular de dados que possibilita uma análise de base populacional. A análise dos dados do SIM permite a construção de indicadores para o delineamento do perfil das causas externas que determinam as mortes no país e o impacto dos problemas na população.

Em termos quantitativos, o sistema se apresenta como fonte de informação confiável, pois abrange uma cobertura de 80% de todos os óbitos ocorridos no país<sup>(1)</sup>. Em termos qualitativos, no entanto, possui deficiências em relação ao preenchimento de dados sócio-demográficos como

sexo, raça ou cor, ocupação e nível de escolaridade das vítimas. A mesma situação é observada no preenchimento das causas básicas de morte, competência do médico legista após a necropsia, que nem sempre faz menção à natureza da lesão ou às circunstâncias que provocaram o óbito, impossibilitando, em muitos casos, caracterizar o evento como acidente, lesão auto-infligida ou ainda como agressão.

No entanto, apesar de representar apenas os casos fatais, o sistema de informação constitui, no país, o principal banco de dados para o monitoramento das causas externas, com possibilidade de comparação entre as regiões do país e com outros países, pela padronização internacional da codificação das causas básicas de morte e a utilização, na maioria deles, do banco de dados sobre mortalidade como a fonte de informação na obtenção do conhecimento acerca da magnitude e do impacto dos acidentes e violências.

Os casos não fatais das causas externas são representados pelas estatísticas dos registros das vítimas da violência que buscam o atendimento nas unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, que resultam em mais uma das bases de dados para o monitoramento destes agravos.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) vem se firmando como importante base de dados na construção de indicadores de avaliação e da tendência das causas externas. A análise da morbidade hospitalar ocorre a partir do registro do formulário da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é preenchido para toda internação realizada com pagamento pelo SUS. Assim, estão excluídos os pacientes que têm internação em instituições particulares e os que possuem convênios ou planos de saúde. Mesmo assim, estima-se que a cobertura deste sistema seja de aproximadamente 70% do total de internações realizadas no país<sup>(12)</sup>.

A concepção do sistema se volta para fins administrativos, com vistas à remuneração hospitalar, em que prepondera a valorização das informações de procedimentos médicos em detrimento da causa e do diagnóstico que motivou a internação. Isso resulta na dificuldade da correta seleção dos diagnósticos principal e secundário devido à baixa confiabilidade dos dados registrados.

A lógica de codificação do diagnóstico da morbidade é distinta da mortalidade. Em caso de internação, o diagnóstico principal se refere às lesões decorrentes das causas externas não vinculando as circunstâncias que lhes deram origem. Para melhoria da informação foi editada a Portaria GM nº 142, publicada em 13 de novembro de 1997, que preconiza a obrigatoriedade do registro do tipo das causas externas geradoras das lesões que motivaram o internação, como diagnóstico secundário na assistência hospitalar relacionada às lesões, envenenamentos e outras consequências das causas externas<sup>(1,13)</sup>. Embora esta medida re-

---

### Os principais entraves ao conhecimento das relações de gênero, a partir das estatísticas públicas, se referem à concepção do sistema baseada na noção da neutralidade relativa do gênero.

---

presente um avanço no estudo conjunto da morbi-mortalidade das causas externas, rompendo a lacuna da codificação entre os casos fatais e não fatais, a adoção efetiva da portaria ainda não se configura no preenchimento de muitas das AIHs.

Apesar da não coleta universal dos dados relativos aos atendimentos hospitalares decorrentes dos acidentes e violências e da baixa qualidade das informações, o sistema demonstra o impacto e o custo das causas externas para o setor de saúde. Dados das Autorizações de Internações mostram que, em 1996, foram registradas 679.511 internações por tais causas, apenas nos hospitais vinculados ao SUS. O gasto relativo aos atendimentos hospitalares, no ano de 1997, correspondeu a 8% do total de internações realizadas por todas as causas. Essas hospitalizações apresentam um gasto/dia cerca de 60% superior à média geral das demais internações<sup>(13)</sup>.

A informação de morbidade na rede ambulatorial de saúde se mostra ainda mais precária e incipiente para os estudos epidemiológicos. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) sistematiza os dados produzidos pelas unidades de saúde cadastradas no SUS segundo a especialidade médica e não possibilita a análise da morbidade, pois não há registro da doença ou do motivo que levou o usuário a procurar o serviço.

O atendimento realizado em pronto-socorro segue a lógica do atendimento ambulatorial, portanto, não há o registro de informação sobre o diagnóstico e também não é preenchida a AIH porque este tipo de atendimento não é considerado internação. Esse fato subestima a real magnitude do problema, visto que muitas vítimas são atendidas nestes serviços e têm os problemas resolvidos sem a necessidade de internação.

A notificação da violência contra a mulher é um fenômeno recente no Brasil, instituído pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória dos casos atendidos em serviços públicos e privados de saúde. Com esta lei, o Ministério da Saúde pretende dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, além de contribuir para a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais. Esse serviço se encontra em fase de implantação<sup>(7,13)</sup>.

A estratégia de notificação compulsória é tradicionalmente utilizada na saúde pública, no programa de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis. A operacionalização do sistema busca a agilização das ações a partir das informações provenientes da notificação, que pode ser de forma ativa ou passiva. No caso do monitoramento da violência contra a mulher, a proposta prevê a vigilância passiva, ou seja, a notificação espontânea dos serviços a partir do atendimento. Esta estratégia tem demonstrado, até mesmo para as doenças infecciosas, pouca sensibilidade e representatividade devido à sub-notificação dos casos, sendo a notificação do tipo ativa a mais recomendada

nos sistema de vigilância pelo contato regular entre a equipe das fontes geradoras de informação e as equipes de vigilância, apresentando melhores resultados<sup>(12)</sup>.

A vigilância passiva da violência contra a mulher poderia trazer os mesmos problemas experimentados pelo que acontece em relação às doenças infecciosas, como a baixa cobertura e a pouca representatividade do evento devido à sub-notificação. No caso da violência de gênero, as prováveis razões para que esta situação ocorra é o fato do seu reconhecimento como problema de saúde coletiva ser recente, persistindo a pouca visibilidade do fenômeno pela baixa conscientização da população e, principalmente, dos profissionais de saúde sobre as conseqüências do evento para a saúde da mulher, ou ainda, por estes não se sentirem preparados para lidar com a situação, considerando-a um problema de cunho familiar<sup>(14)</sup> e não vendo necessidade de realizar a notificação.

Conclui-se, portanto que existem numerosos fatores que contribuem para a limitação da tarefa do dimensionamento da violência contra a mulher no país. Primeiramente, há que se atentar para a origem dos dados que deve seguir a recomendação internacional quanto à codificação da morbidade e da mortalidade. No caso da morbidade, esta se refere às lesões tratadas ou investigadas no atendimento médico-assistencial decorrente da violência ou do acidente, enquanto na mortalidade ela se deve à circunstância do evento que produziu a lesão fatal. Essa lógica distinta impossibilita o estudo conjunto da morbi-mortalidade por essas causas, mesmo após a obrigatoriedade do diagnóstico secundário, quando nem sempre os dados são preenchidos a contento. Além disso, há outros fatores, como a concepção do sistema de informação utilizado atualmente, que não foi configurado para esta finalidade, aliado à falta de uniformidade no modo como os dados são coletados, dificultando a comparabilidade entre as diferentes realidades.

A despeito das várias tentativas que estão sendo adotadas para ampliar o conhecimento das causas externas, dentre elas, a violência contra a mulher, os dados ainda se encontram pulverizados nos sistemas de informação existentes no setor de saúde, cada qual com a sua especificidade e grau de confiabilidade da qualidade de informação. A consolidação dos dados de diversas fontes constitui uma tarefa complexa e um dos desafios a ser superado, o que remete à necessidade da existência de uma política de informação no país que abarque tanto as questões de gênero quanto as da violência de forma articulada tanto intra quanto intersectorialmente.

Enfim, com o intuito de minimizar as deficiências de que padecem os atuais sistemas de informação no monitoramento da violência contra a mulher, reforçamos a necessidade de aprofundamento da questão a partir de estudos que aprimorem os conhecimentos estatísticos existentes e novas pesquisas que propiciem um perfil mais fidedigno da situação para subsidiar o processo de decisão nas propostas de ações de enfrentamento deste grave problema.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes. Brasília; 2006.
3. Meyer DE. Teoria e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev Bras Enferm.* 2005;57(1):13-8.
4. Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
5. Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ Realidade.* 1990;16(2):5-22.
6. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Como acabar com a violência contra as mulheres. *Popul Rep.* 1999;27(4):1- 43.
7. Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA). Os direitos das mulheres na legislação brasileira pós-constituente. Brasília: Letras Livres; 2006.
8. Comissão para Igualdade e para os Direitos das Mulheres (CIDM). Estratégias Internacionais para a Igualdade de gênero: a Plataforma de Acção de Pequim (1995-2005). Lisboa; 2005.
9. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Mulher, Saúde e Desenvolvimento. Relatório apresentado na 130ª Sessão do Comitê Executivo. Washington; 2002.
10. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
11. Oliveira ZLC. Política de informação na área de gênero. In: Anais do 5º Encontro Nacional de Ciência da Informação (CINFORM); 2004 jun. 28-30; Salvador, BR [evento na Internet]. Salvador: UFBA; 2004 [citado 2005 dez. 23]. Disponível em: [http://www.cinform.ufba.br/v\\_anais/artigos/zuleicacavalcante.html](http://www.cinform.ufba.br/v_anais/artigos/zuleicacavalcante.html)
12. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 4ª ed. Brasília; 1998.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências [legislação na Internet]. Brasília; 2001. [citado 2005 dez. 23]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-737.htm>
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* [periódico na Internet]. 2007 [citado 2008 abr 14];41(4):[cerca de 7 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/09.pdf>