



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Gurgel Adeodato, Vanessa; dos Reis Carvalho, Racquel; Riquet de Siqueira, Verônica;
Gomes de Matos e Souza, Fábio

Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros

Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 1, enero, 2005, pp. 108-113

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240145014>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros

Quality of life and depression in women abused by their partners

Vanessa Gurgel Adeodato^{a,*}, Racquel dos Reis Carvalho^{a,*}, Verônica Riquet de Siqueira^{a,*}
e Fábio Gomes de Matos e Souza^b

^aFaculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. ^bDepartamento de Medicina Clínica. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil

Descritores

Violência doméstica. Mulheres maltratadas. Qualidade de vida. Depressão.

Resumo

Objetivo

Avaliar a qualidade de vida e depressão nas mulheres vítimas da violência doméstica; estabelecer o perfil socioeconômico da mulher agredida pelo parceiro e as particularidades das agressões sofridas.

Métodos

A amostra constituiu-se de 100 mulheres que sofreram agressão de seus parceiros e que prestaram queixa na Delegacia da Mulher do Ceará. Foram aplicados três questionários: o primeiro visa a obter dados demográficos e sobre a violência sofrida; o segundo (GHQ-28), sobre a qualidade de vida em geral; e o terceiro (Beck), quantifica o grau de depressão.

Resultados

O perfil da mulher agredida é: jovem, casada, católica, tem filhos, pouco tempo de estudo e baixa renda familiar. Álcool e ciúme foram os fatores mais referidos como desencadeantes das agressões, tendo 84% das mulheres sofrido agressão física. Foi observado que 72% delas apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica; 78% tinham sintomas de ansiedade e insônia; 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões.

Conclusões

A análise dos dados sugere que a violência doméstica está associada a uma percepção negativa da saúde mental da mulher.

Keywords

Domestic violence. Battered women.
Quality of life. Depression.

Abstract

Objective

To evaluate quality of life and depression among women who suffer domestic violence and to describe the socioeconomic profile of women who were abused by their partners and aspects of these abuses.

Methods

The study sample comprised 100 women who were abused by their partners and filed a complaint at the Police Office for Women of the state of Ceará, Brazil. Three questionnaires were applied: one for collecting demographic and violence data; the second one (GHQ-28) one to evaluate general quality of life; and the third one (Beck) to quantify depression.

Correspondência para/ Correspondence to:

Fábio Gomes de Matos e Souza
Departamento de Medicina Clínica - UFC
Rua Manoel Jesuíno, 974 Varjota
60175-270 Fortaleza, CE, Brasil
E-mail: fgmsouza@roadnet.com.br

*Alunos do curso de graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.
Recebido em 16/1/2004. Aprovado em 19/4/2004.

Results

Abused women are young, married, Catholic, have children, low schooling and low family income. Alcohol use and jealousy were the main reported factors leading to partner's abuse. Of all, 84% of women suffered physical attacks. It was observed that 72% had depression symptoms; 78% had anxiety symptoms and insomnia; 39% had already thought of killing themselves, and 24% started taking anxiety medications after been abused.

Conclusions

Data analysis suggests that domestic violence is associated with a negative perception by women of their mental health.

INTRODUÇÃO

Declaração sobre a Violência Contra a Mulher, aprovada pela Conferência de Viena em 1993, definiu “violência contra a mulher” como qualquer ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher.¹

Violência contra a mulher é um problema social e de saúde pública, que consiste num fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade.⁵ Atualmente, e em geral não importa o *status* da mulher, o *locus* da violência continua sendo gerado no âmbito familiar, sendo que a chance de a mulher ser agredida pelo pai de seus filhos, ex-marido, ou atual companheiro, é muitas vezes maior do que o de sofrer alguma violência por estranhos.¹

No mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo no trabalho feminino decorre da violência doméstica. Nos Estados Unidos, um terço das internações de mulheres em unidades de emergência é consequência de agressões sofridas em casa; na América Latina, a violência doméstica incide sobre 25% a 50% das mulheres e seus custos são da ordem de 14,2% do PIB, cerca de 168 bilhões de dólares.⁵ No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica; a cada quatro minutos, uma mulher é agredida, sendo que em 85,5% dos casos de violência física contra mulheres, os agressores são seus parceiros. É o País que mais sofre com a violência doméstica, perdendo 10,5% do seu PIB.^{1,5}

A violência é um processo orientado para fins determinados a partir de diferentes causas, com formas variadas, produzindo determinados danos, alterações e consequências imediatas ou tardias.⁸ A fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a victimização como sendo parte de sua condição de mulher.⁶

Em termos globais, as consequências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres são maiores que as consequências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. Uma revisão de estudos dos Estados Unidos conclui que o abuso é fator condicionante de 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas. As consequências não-mortais da violência por parceiros incluem lesões permanentes e problemas crônicos.⁶

Além disso, a violência doméstica tem sido associada a freqüente procura dos serviços médicos.² Mulheres procuram atenção médica com sintomas que podem sugerir uma história de violência doméstica, incluindo depressão, ansiedade e desordem de estresse pós-traumático, aumento do uso de álcool e drogas e mudanças no sistema endócrino.³

Em 1940, o Código Penal brasileiro caracterizou a agressão física do marido contra a mulher como delito passível de punição, embora não tenha incluído o crime de estupro do marido contra à mulher.¹

No Brasil, na década de 80, a Delegacia da Mulher foi idealizada como espaço legal especializado para receber as denúncias e transmitir segurança e apoio jurídico às mulheres agredidas.¹

O presente estudo tem como objetivos avaliar a qualidade de vida e o grau de depressão das mulheres vítimas da violência doméstica e estabelecer o perfil da mulher agredida pelo parceiro e as particularidades das agressões sofridas.

MÉTODOS

Para o propósito do presente estudo, foram considerados três tipos de violência: a verbal, que inclui xingamentos e ameaças; a física; e a sexual.

O estudo foi realizado de setembro de 2001 a janeiro de 2002 na única instituição do Ceará que oferece

ajuda institucional a mulheres agredidas, a Delegacia da Mulher do Ceará, criada em 1986. Buscou-se amostra representante de cerca de 10% das mulheres agredidas por seus parceiros que prestaram queixa na Delegacia da Mulher. A amostra foi não-probabilística de conveniência. Foram abordadas para participar da pesquisa 104 mulheres antes do registro do Boletim de Ocorrência (B.O.). Destas quatro se recusaram a participar. Dessa maneira, a população estudada foi constituída de 100 mulheres. Para evitar a tendenciosidade, sortearam-se os dias e turnos das entrevistas.

Baseando-se em dados prévios,¹ o presente estudo ($n=100$) representaria 11,5% das queixas supostamente prestadas na Delegacia por mulheres contra seus maridos, companheiros, namorados ou ex-companheiros.

Foram obedecidos os seguintes critérios de inclusão: ter sofrido algum tipo de agressão (verbal, física ou sexual) pelo parceiro e, ter ido à Delegacia para prestar queixa ou continuar o processo contra o parceiro.

Os instrumentos foram aplicados às mulheres na forma de entrevista (visto que muitas mulheres, devido ao seu estado emocional, alegaram não ter condições físicas e/ou psicológicas para ler e marcar sozinhas).

Foram três os instrumentos de coleta de dados, ou seja, três questionários aplicados por meio de entrevistas.

O primeiro questionário continha dados socioeconômicos informações sobre a agressão sofrida e sobre comportamentos resultantes da agressão.

O segundo questionário aplicado foi o *General Health Questionnaire* (GHQ) de 28 perguntas para avaliar a qualidade de vida das mulheres. Ele é dividido em quatro seções (GHQ-SI, SII, SIII e SIV), com cada uma constando de sete perguntas. O GHQ-SI avalia sintomas somáticos; o GHQ-SII, ansiedade e insônia; o GHQ-SIII,

disfunção social; e o GHQ-SIV, depressão grave. A pontuação usada foi o *método GHQ* de 0-0-1-1. Considerando-se cada seção, a partir de quatro pontos, diz-se que a entrevistada apresenta o problema referente.⁷

O terceiro questionário foi o Inventário de Beck.⁹ Essa escala vem sendo utilizada em diversas pesquisas relacionadas à depressão e possibilita sua quantificação. Ele é composto por treze itens, cada um possuindo quatro opções, devendo-se marcar a que melhor descreva seus sentimentos no momento da avaliação. A avaliação do grau de depressão é baseada na pontuação obtida da seguinte forma:

- Até quatro pontos: sem depressão ou depressão mínima;
- De cinco a sete pontos: depressão média;
- De oito a 15 pontos: depressão moderada;
- 16 pontos ou mais: depressão grave.

As entrevistas foram realizadas com o consentimento das mulheres, que foram informadas dos objetivos da pesquisa.

A análise estatística para variáveis dicotômicas foi realizada por meio de testes não paramétricos (χ^2). As correlações foram feitas com base nos testes Spearman. O nível de significância aceito foi $p \leq 0,05$. Os dados foram avaliados pelo SPSS 6.0.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará.

RESULTADOS

Perfil da mulher agredida e da violência sofrida

A Tabela 1 mostra o perfil encontrado da mulher agredida que registrou queixa na Delegacia da Mulher: jovem, casada, católica, tem filhos, pouco tempo de estudo e baixa renda familiar. Além disso, apresenta um tempo conjugal com o agressor em torno de

Tabela 1 - Características de mulheres vítimas de violência doméstica, Delegacia da Mulher do Ceará, 2001 e 2002 (N=100).

	Perfil da mulher agredida
Idade ($\bar{X} \pm dp$)	33±9 anos
Estado civil	
Solteira (%)	22
Casada (%)	64
Separada (%)	13
Viúva (%)	1
Religião	
Nenhuma (%)	8
Católica (%)	80
Protestante (%)	11
Espirita (%)	1
Tempo de estudo ($\bar{X} \pm dp$)	6±3,4 anos
Tempo junto com o agressor ($\bar{X} \pm dp$)	10,3±6,9 anos
Tempo pelo qual vem sofrendo agressões ($\bar{X} \pm dp$)	5,1±5,6 anos
Número de filhos ($\bar{X} \pm dp$)	3±1,2
Renda familiar ($\bar{X} \pm dp$)*	R\$388,81±253

*Quatro mulheres apresentaram renda superior a R\$ 1.000,00 e não foram incluídas no cálculo da média da renda familiar.

10 anos, e um tempo de agressão (que se refere ao período em anos no qual a mulher vem sofrendo as agressões) de aproximadamente cinco anos.

Os resultados mostraram uma relação indireta entre tempo de estudo e tempo de agressão (Spearman = -0,274, p=0,004), isto é, quanto maior a escolaridade, menor o tempo de agressão apresentado pelas mulheres. Por outro lado, o tempo de agressão mostrou ter correlação direta com o tempo junto com o agressor (Spearman = 0,551; p=0,000).

O agressor

Antes das agressões, 70% dos parceiros ingeriam álcool e 11% consumiam drogas ilícitas. Após as agressões, 44% costumavam pedir perdão pelas agressões.

O agressor é também violento com outras pessoas (58%), inclusive com os filhos (50%). Dos 58 homens que apresentaram comportamento agressivo com outras pessoas, 42 (72%) ingeriram álcool, e dos 50 que agrediam os filhos, 39 (78%) também consumiam álcool. O fato de o agressor ingerir álcool mostrou ter correlação direta com a agressão aos filhos (Spearman = 0,264; p=0,02).

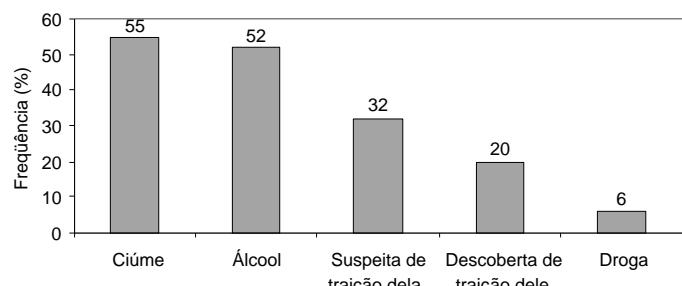
A agressão

A Figura 1 mostra os principais fatores que desencadearam as agressões. O álcool e o ciúme foram os mais referidos. A associação desses dois fatores estava presente em 30% da amostra total. Das 55 mulheres que apontaram o fator ciúme como uma causa da agressão, 33 (60%) tinham renda própria. No entanto, com relação ao tempo de agressão, não houve diferença estatística entre as mulheres que possuíam renda própria e as que não trabalhavam fora de casa.

A freqüência das agressões é assim distribuída: semanalmente (49%), diariamente (27%), esporadicamente (15%) e primeira vez (5%).

A Figura 2 mostra a distribuição dos tipos de agressões. A maioria das mulheres sofreu agressões verbais e físicas (83%). Foi observado que quanto menor a renda, maior a ocorrência de agressão verbal, física e sexual (Spearman = 0,264; p=0,012).

O principal motivo de as mulheres não terem deixado o parceiro no início das agressões foi o fato dos agressores prometerem melhorar (58%), seguido do fator filhos (48%). Os demais motivos para a mulher



*A soma dos valores é maior do que 100%, pois mais de um item podia ser referido.

Figura 1 - Freqüência* dos fatores que desencadearam as agressões sofridas por mulheres de seus parceiros, Delegacia da Mulher do Ceará, 2001 e 2002.

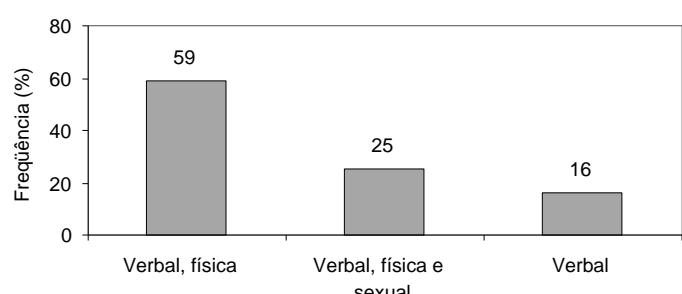


Figura 2 - Percentagem dos tipos de agressão sofrida por mulheres vítimas de seus companheiros, Delegacia da Mulher do Ceará, 2001 e 2002.

não ter deixado o parceiro foram: dependência financeira (38%), paixão pelo parceiro (27%) e medo (27%). Quando a mulher aponta o item dependência financeira como motivo de não ter deixado o agressor, normalmente este vem associado ao fator filhos (Spearman = 0,280; p=0,007).

Efeitos da agressão

Os achados gerais do estado psicológico dessas mulheres foram: 65% apresentaram escores elevados em sintomas somáticos; 78% em sintomas de ansiedade e insônia; 26% em distúrbios sociais; 40% em sintomas de depressão e 61% apresentaram pontuação em Beck acima de oito, o que sugere depressão moderada ou grave.

A Tabela 2 mostra a atitude da mulher frente à agressão.

Tabela 2 - Atitude de mulheres vítimas de violência doméstica, Delegacia da Mulher do Ceará, 2001 e 2002 (N=100).

Atitude da mulher perante às agressões	%
Reagiu verbalmente ou fisicamente às agressões	64
Mentiu para os outros sobre as agressões	26
Procurou ajuda em Igrejas	32
Procurou ajuda em Centros Psicológicos	8
Procurou cuidados médicos	30
Sentiu-se culpada	16
Ingeriu bebidas alcoólicas	6

A média geral do inventário Beck foi de 12,1 ($dp=9,1$). Entre as mulheres que apresentaram sentimento de culpa pelas agressões, a média desse questionário foi de 16,8. Verificou-se uma associação entre o sentimento de culpa e as pontuações em Beck (Spearman $=-0,218$; $p=0,032$), sintomas somáticos (Spearman $=-0,241$; $p=0,016$) e sintomas de ansiedade e insônia (Spearman $=-0,237$; $p=0,018$). No entanto, a freqüência, o tipo e o tempo de agressão não se correlacionaram estatisticamente com uma maior pontuação nos questionários Beck e GHQ.

Das 39 mulheres que pensaram na possibilidade de suicídio, 32 (82%) obtiveram pontuação acima de oito (média $=7,8 \pm dp=8,05$). Das 25 mulheres que sofreram agressão verbal, física e sexual, 15 (60%) já pensaram em suicídio, assim como 14 (50%) das 27 que alegaram sofrer agressão diariamente, e 54% das que passaram a tomar medicamento (principalmente ansiolíticos). Houve correlação direta entre pensamento de suicídio e ter sofrido agressão verbal, física e sexual (Spearman $=0,268$; $p=0,07$).

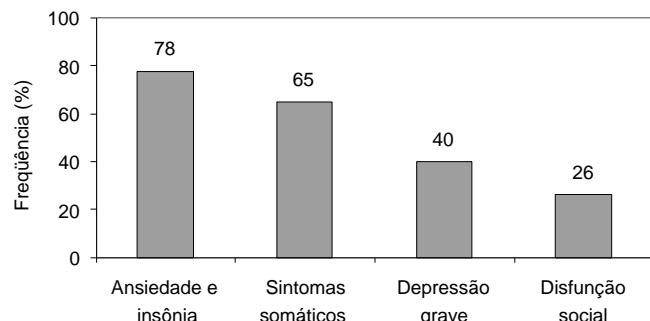
Das 30 mulheres que procuraram cuidados médicos devido às agressões, 18 (60%) contaram ao médico que o parceiro fora o responsável. E 10 destas 18 (56%) relataram que o médico procurou convencê-la a denunciar o parceiro ou encaminhá-la a outro profissional, como psicólogo ou assistente social. Observou-se relação direta entre sintomas de depressão e procura de cuidados médicos (Spearman $=-0,205$; $p=0,04$) (Figura 3).

Foi relatada em 72% das mulheres pontuação sugestiva de algum grau de depressão. O inventário de Beck apresentou relação direta com os sintomas somáticos (Spearman $=0,343$; $p=0,001$), sintomas de ansiedade e insônia (Spearman $=0,369$; $p=0,00$), distúrbios sociais (Spearman $=0,397$; $p=0,001$) e sintomas de depressão (Spearman $=0,699$; $p=0,00$). Das 61 mulheres com pontuação acima de oito, 31 (50%) tiveram seus filhos agredidos pelo parceiro. No entanto, não se constatou sua relevância para o agravamento no estado emocional dessas mulheres, uma vez que, estatisticamente, não houve aumento nas pontuações de GHQ e Beck.

DISCUSSÃO

Algumas limitações poderiam ser mencionadas na realização deste trabalho:

- Os questionários foram aplicados na forma de entrevista, o que pode ter gerado algum constrangimento por parte das mulheres, fazendo com que elas omitissem alguma informação.
- Estima-se que para cada mulher que denuncia, há três



*A soma dos valores é maior do que 100%, pois mais de um item podia ser referido.

Figura 3 - Freqüência* dos distúrbios sugeridos pelo GHQ-28 (*General Health Questionnaire*) em mulheres vítimas de violência doméstica, Delegacia da Mulher do Ceará, 2001 e 2002.

que se calam em face à violência doméstica.¹¹ Com base nessa informação, os resultados não podem ser generalizados para toda a população do Ceará, mas podem dar uma idéia da gravidade, complexidade e importância desse tema na região e no País.

- O levantamento bibliográfico mostrou número muito reduzido de trabalhos realizados em Delegacias da Mulher que pudesse ser utilizado como comparação com esta pesquisa.

Os principais achados do presente trabalho são:

O perfil da mulher agredida por seu parceiro, usuária da Delegacia da Mulher do Ceará, é o seguinte: jovem, tem uma religião, tem filhos, mora junto com o agressor, apresenta baixa escolaridade e baixa classe social. Porém, deve-se considerar que a violência também acontece nas classes mais abastadas. Como estas dispõem de muitos recursos, políticos e econômicos, conseguem ocultar a violência doméstica, daí sua sub-representação nos dados de violência denunciada.¹²

Quanto ao tempo de agressão, a correlação indireta encontrada com a escolaridade mostra que o esclarecimento da mulher leva a menor grau de tolerância à violência.

No presente estudo, o alcoolismo do parceiro foi apontado como um dos principais fatores desencadeantes das agressões, corroborando com o fato de que as agressões ocorrem geralmente nos finais de semana, entre 20h e meia-noite, horário e dias em que ele supostamente está alcoolizado e a vítima tem poucas possibilidades de escape, pois o agressor está dentro de casa.¹

A pesquisa mostrou que 48% das mulheres agredidas trabalham fora de casa. A Conferência Nacional de Saúde⁵ (1997), considera o trabalho remunerado uma das formas mais eficientes de diminuir a violência doméstica, uma vez que as principais vítimas são mulheres que só trabalham em casa.¹

Os resultados obtidos mostram que apesar do elevado número de mulheres com escores na escala de Beck compatíveis com depressão (72%), observou-se que apenas 8% procuraram ajuda em centros de apoio psicológico. Para muitos autores, os sentimentos depressivos, de baixa auto-estima e de apatia, gerados pela violência, dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento.^{11,13}

Depois que passaram a ser vítimas de violência doméstica, 24 mulheres afirmaram ter começado a fazer uso de ansiolíticos ou anti-hipertensivos. O uso de ansiolíticos aumentou independente do tipo, frequência e tempo de agressão. Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, informam que o uso de medicamentos “para dormir” é 40% maior nas mulheres que vivem em situação de violência conjugal do que nas mulheres em uniões não violentas. O consumo de ansiolíticos é 74 vezes superior em mulheres abusadas sexualmente.⁵

As elevadas pontuações encontradas nos questionários Beck e GHQ condizem com o estudo de Mullen et al¹⁰ (1988) que afirma que depressão, ansiedade e sintomas fóbicos caracterizam as síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas. Um outro trabalho, realizado com 117 mulheres na cidade de Campinas, SP, por Cabral et al,⁴ também mostrou que as mulheres que são vítimas de violência conjugal ex-

primem sentimentos de solidão, tristeza crônica, desamparo, irritação e descrença.

Outro aspecto relevante encontrado na pesquisa foi o fato de que 38% das mulheres pensaram na possibilidade de suicídio, o que também foi mencionado pelo estudo de Giffin⁶ (1994), que relata que nos Estados Unidos, o abuso é fator condicionante de 35% das tentativas de suicídio de mulheres norte-americanas.

Não foi verificado, no presente estudo, relação entre um dano psicológico mais acentuado e freqüência, tipo e tempo de agressão. Além disso, não havia agravamento do estado emocional em mulheres que já haviam sofrido agressão anteriormente por ex-companheiro ou outra pessoa, embora Mullen et al¹⁰ (1988) tenham observado que mulheres que relatavam uma história de abuso anterior apresentavam índices de distúrbio mental elevados, evidenciados pela pontuação no GHQ e PSE (*Present State Examination*, que avalia o estado psiquiátrico).¹⁰

Em conclusão, foi constatado que as mulheres vítimas de seus parceiros, usuárias da Delegacia da Mulher do Ceará, apresentaram escores no GHQ compatíveis com uma má qualidade de vida e no inventário de Beck, compatíveis com depressão. A análise dos dados sugere que a violência doméstica está associada a percepção negativa da saúde mental da mulher.

REFERÊNCIAS

1. Amaral C, Letelier C, Góis I, Aquino S. In: Dores Visíveis: violência em delegacias da mulher no Nordeste. Fortaleza: Edições EDOR/NEGIF/UFC; 2001. p. 27-77.
2. Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [tese de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
3. Augengraun M, Wilson TE, Allister L. Domestic violence reported by women attending a sexually transmitted disease clinic. *J Am Sex Transm Dis Assoc* 2001;28:143-6.
4. Cabral MAP, Brancalhone PG. Representações da violência conjugal de 117 mulheres de Campinas, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2000;49:277-85.
5. [CNS] 10ª Conferência Nacional de Saúde. A violência doméstica é também uma questão de saúde pública [on-line] 1997. Disponível em <URL: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher> [2001 ago 27]
6. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública* 1994;10:146-55.
7. Goldberg D. The manual of the general health questionnaire. Windsor: National Foundation for Educational Research; 1978.
8. Gomes R. A violência enquanto agravio à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cad Saúde Pública* 1994;10:156-67.
9. Gorestein C, Andrade H. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin* 1998;25:245-50.
10. Mullen P, Walton V. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet* 1998;1:841-5.
11. Rinfret-Raynor M, Cantin S. Violence Conjugale rapportée par des femmes s' adressant aux services sociaux. In: Violence conjugale: recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugal. Québec: Gaétan Morin éditeur; 1994. p. 3-22.
12. Saffioti HIB, Cançado MER, Almeida SS. A Rotinação da violência contra a mulher: o lugar da praxis na construção da subjetividade. Congresso Internacional América 92. Raízes e Trajetórias. São Paulo; 16 a 20 de agosto de 1992. São Paulo: USP; 1992.
13. Thorne-Finch R. Ending the silence. Toronto: University of Toronto Press; 1992.