

# PERFIL DA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA AUTORREFERIDA DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

Rosimery Cruz de Oliveira Dantas<sup>1</sup>; Davidson Cruz de Oliveira Dantas<sup>2</sup>; Ângelo Giuseppe Roncalli<sup>3</sup>;

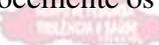
<sup>1</sup>Universidade Federal de Campina Grande - [rmeryco\\_dantas@hotmail.com](mailto:rmeryco_dantas@hotmail.com) (autor principal); <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte – [dcod98@gmail.com](mailto:dcod98@gmail.com) (co-autor); <sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte; <sup>3</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte – [roncalli@terra.com.br](mailto:roncalli@terra.com.br) (co-autor)

## Resumo

**Introdução:** A violência é um fenômeno que acompanha o homem desde os primórdios, e que se tornou mais acentuada na sociedade contemporânea, manifestando-se das mais diversas formas e circunstâncias, sendo enquadrada como física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono e autonegligência, que ocorrem geralmente em ambiente intradomiciliar. **Objetivo:** Identificar o perfil da vítima de violência autorreferida pelos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. **Método:** Estudo transversal, descritivo. Do banco de dados da PNS-2013, inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil, foram selecionados 60.202 sujeitos com a pergunta: Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão? Foram excluídos todos os que não responderam a pergunta norteadora. Trabalhou-se com as variáveis Sexo, Idade, Raça, Escolaridade, Estado civil, Agressor, Local da agressão, Tipo de agressão e Local da assistência. Os dados foram agrupados e analisados por meio do pacote estatístico SPSS 20.0, utilizando-se média, desvio padrão (DP) e proporção. Aspectos éticos preservados, com a aprovação da pesquisa sob o Parecer no 328.159, de 26 de junho de 2013. **Resultados:** A amostra total foi composta de adultos com idade média de 43,3 (DP 16,7), do sexo feminino (56,9%), da raça negra (58,4%) e com menos de oito anos de estudo, não casados e que vivem sozinhos. Foram autorreferidas 3.831 agressões, sendo 45,6% causadas por agressor conhecido e 54,4% por agressor desconhecido. 55,9% ocorreram em mulheres da raça negra, de baixa escolaridade, 85,1% não são casadas e 52,8% vivem sozinhos. 39,9% das agressões ocorreram em via pública, seguida da residência. Em 51,3% se trata de violência psicológica. **Conclusão:** Este estudo reforça o perfil epidemiológico da violência intradomiciliar no Brasil, onde a mulher negra, adulta e de baixa escolaridade é a principal vítima, que tem no agressor pessoa de convívio íntimo. Tem a violência psicológica como mais prevalente. É necessário se falar mais sobre violência, fortalecer a assistência as vítimas e sensibilizar a todos sobre a responsabilidade social de se identificar precocemente os casos de violência.

Palavras chave: Perfil, Saúde Pública, Violência, Vítima.

## Introdução

REALIZAÇÃO:    

A violência é um fenômeno que acompanha o homem desde os primórdios, e que se tornou mais acentuada na sociedade contemporânea, manifestando-se das mais diversas formas e circunstâncias, cujo impacto se observa em várias situações e lugares. Para Minayo (2005), os danos, lesões, traumas e mortes causados por violência acarretam altos custos emocionais, sociais e econômicos.

São muitas as pessoas que, a cada ano, perdem a vida ou sofrem ferimentos não fatais resultantes de agressões. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (DAHLBERG, KRUG, 2007). Para Levisky (2010) as transformações e evoluções que ocorrem nos diversos âmbitos sociais, influenciam e contribuem para o surgimento de novos circuitos biológicos, psicológicos e sociais, mas não eliminam a presença de circuitos primitivos que, em determinadas circunstâncias, emergem, fazendo com que atos de violência ocorram.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é violência o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, resultando ou que tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (WHO, 1996). Quando classificadas, as violências podem ser enquadradas como: abuso físico, psicológico, sexual, financeiro, negligência, abandono e autonegligência (KRUG et al., 2002). Para Abath et al. (2013) ela é um fenômeno muito complexo, pois está vinculada às relações de classe e gênero, determinadas por aspectos sociais, econômicos e culturais. Para Dahlberg, Krug (2007), atrelada a esta definição está a associação da intencionalidade com a realização do ato, independente do resultado.

A violência ocorre nos mais diversos lugares, estando muito presente no meio familiar e no domicílio. O Ministério da Saúde destaca que, no contexto das famílias, ela ocorre em relações hierárquicas e intergeracionais, usualmente como forma de se relacionar, resolver conflitos ou educar (BRASIL, 2010). Almeida (2010), destaca que o ambiente que negligencia ou maltrata reforça o sentimento de destruição dos indivíduos. Já o ambiente acolhedor tem o poder de abrandar os impulsos destrutivos e favorece o amadurecimento do ego primitivo.

Por tudo que a rodeia, a violência gera um sentimento de insegurança, e por isso necessita de políticas públicas voltadas para a promoção do respeito e da dignidade humana. Para tanto, faz-se necessária a construção de papéis sociais que reforcem este propósito, sendo isso possível com a adoção de políticas educacionais mais efetivas.

Diante do exposto, considerando a violência como grave problema de saúde pública, por toda a complexidade que a rodeia e por se constituir em um fenômeno crescente, atual e irreversível, justifica-se a construção deste estudo, onde se buscou identificar o perfil da vítima de violência autorreferida da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com amostra extraída do banco de dados da PNS-2013, inquérito epidemiológico de base domiciliar, representativo para o Brasil. A amostra deste estudo foi extraída da PNS 2013, que consta de 205.546 sujeitos, representativos de domicílios do Brasil, constante das Regiões, Unidades Federativas e municípios. Para a seleção dos sujeitos deste estudo utilizou-se a variável: “Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) sofreu alguma violência ou agressão?” Foram excluídos todos os que não responderam a pergunta da variável utilizada para seleção. A amostra total foi de 60.202 sujeitos.

Trabalhou-se com as variáveis, todas dicotomizadas: Sexo masculino e feminino; Raça Negra (Pardo e Preto) e Não Negra (Branca, Amarela, Indígena); Idade em Adulto (até 59 anos), Idoso (60 a 79 anos) e Muito idoso (80 anos e mais); Escolaridade em Alfabetização, Ensino fundamental, Ensino médio/superior; Estado Civil em Casado e Não casado (solteiro, separado, desquitado, divorciado, viúvo); Agressor conhecido (filho(a), irmão (ã) cônjuge, parceiro(a), amigo(a), vizinho(a) e desconhecido (bandido, agente legal, outro); Local da agressão; Tipo de agressão; Local da assistência.

Os dados foram agrupados e analisados por meio do pacote estatístico SPSS 20.0, utilizando-se média, desvio padrão (DP) e proporção. Aspectos éticos se destacam na preservação dos dados da PNS, uma vez que a mesma foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, sob o Parecer no 328.159, de 26 de junho de 2013.

## **Resultados**

A caracterização da amostra se deu de duas formas: uma geral e outra referente a ocorrência de violência. Na Tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra de forma geral. A amostra total da pesquisa foi composta de adultos (81,4%) com idade média de 43,41 (DP 16,7), com maioria feminina (56,9%), da raça negra (58,4%), que possui baixa escolaridade

(54,8%) com até oito anos de estudo. Destaca-se ainda que 9.7% não sabe ler e escrever. A maioria se declarou não casada (60,6%), mas vive acompanhada (57,3%).

**Tabela 1 – Caracterização da amostra total - PNS 2013.**

Variável		n	%
Sexo	Masculino	25.920	43,1
	Feminino	34.282	56,9
Raça	Negra	35.143	58,4
	Não Negra	25.059	41,6
Idade	Até 59 anos	49.025	81,4
	Até 79 anos	9.679	16,1
	Maior de 80 anos	1.498	2,5
Escolaridade	Analfabeto/Alfabetizado	10.099	16,8
	Fundamental	22.918	38,1
	Médio	18.589	30,9
	Superior/Pós graduação	8.596	14,3
Estado Civil	Casado	23.741	39,4
	Não casado	36.461	60,6
Como Vive	Acompanhado	34.522	57,3
	Sozinho	25.680	42,7

Fonte: PNS 2013

Considerando a ocorrência de violência, a amostra encontra-se caracterizada na Tabela 2.

**Tabela 2 – Perfil dos sujeitos da pesquisa, segundo a ocorrência de violência - PNS 2013.**

Variável		Conhecido		Desconhecido		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	746	42,7	945	45,3	1.691	44,1
	Feminino	1.001	57,3	1.139	54,7	2.140	55,9
Idade	Até 59 anos	1.573	90,0	1.866	89,6	3.439	89,8
	60 a 79 anos	161	9,2	203	9,7	364	9,5
	80 anos e mais	13	0,8	15	0,7	28	0,7
Raça	Negra	1.152	65,9	1.264	60,7	2.416	63,1
	Não Negra	595	34,1	820	39,3	1.415	36,9
Escolaridade	Analfabeto/alfabetizado	324	18,5	371	17,8	695	18,1
	Fundamental	660	37,8	611	29,3	1.271	33,2
	Médio	546	31,3	749	35,9	1.295	33,8
	Superior/Pós Graduação	217	12,4	353	16,9	570	14,9
Estado Civil	Casado	456	26,1	589	28,3	1.045	14,9
	Não casado	1.291	73,9	1.495	71,7	2.786	85,1
Como Vive	Acompanhado	829	47,5	979	47,0	1.808	47,2
	Sozinho	918	52,5	1.105	53,0	2.023	52,8

Fonte: PNS, 2013

É importante destacar que a violência foi autorreferida por 3.831 sujeitos, das quais 1.747 foi realizada por pessoa conhecida, ou seja, que partilha do cotidiano da vítima e 2.084 por pessoa desconhecida (54,6%).

Os dados revelam que o sexo mais acometido foi o feminino (55,9%), adulto (89,8%), da raça negra (63,1%), de baixa escolaridade (51,3%), não casado (85,1%) e que vive sozinho (52,8%). É importante registrar que as violências realizadas por conhecidos se repetiram mais de sete vezes em 18,0% dos participantes nos últimos 12 meses e destes, 6,1% referiram sofrer agressão quase diariamente. A distribuição do evento violência encontra-se na Tabela 3.

**Tabela 3 – Distribuição do evento violência - PNS 2013.**

Variável		n	%
Agressor	Conhecido	1.747	44,4
	Desconhecido	2.084	55,6
Tipo de Agressor	Família/companheiro	1.079	28,2
	Bandido	1.419	37,0
	Agente legal público	168	4,4
	Vizinho/amigo/outro	1.125	29,4
	Patrão	40	1,0
	Residência	1.382	36,1
Local	Via Pública	1.527	39,9
	Trabalho	514	13,4
	Outros*	408	10,6
	Física	1.558	40,7
Tipo	Psicológica	1.967	51,3
	Sexual	23	0,6
	Outras <sup>†</sup>	283	7,4
	Até 2 vezes	1.113	63,7
Reincidência da agressão <sup>†</sup>	De 3 a 11 vezes	399	22,8
	12 vezes a 48	129	7,4
	Quase Diariamente	106	6,1

Fonte: PNS, 2013; \*Outros (Bar; Banco/Caixa eletrônico); <sup>†</sup>Outras (lançamento de objetos, objetos perfuro cortantes, contundentes, arma de fogo); <sup>†</sup>Considerando apenas o agressor conhecido

Considerando as agressões por pessoa conhecida, o maior percentual esteve entre os mais íntimos (pais, filhos, irmãos, companheiros), caracterizando a violência doméstica. Já quando a agressão se deu por desconhecido o bandido/ladrão foi o mais citado, revelando que este tipo de agressão está relacionada a violência urbana. O local de ocorrência mais citado foi a via pública (39,9%), principalmente na ocorrência por desconhecido. É importante apontar que a residência tanto foi palco da agressão por conhecido como por desconhecido, sendo mais prevalente no ato realizado por conhecido. O tipo de agressão mais prevalente foi a psicológica (51,3%), seguida da física. Dos entrevistados que sofreram agressão, 6,9%

referiram ter buscado assistência de saúde, que foi prestada em sua maioria Unidade de Pronto atendimento/Hospital público.

## **Discussão**

Os resultados revelam que há uma baixa referência a ocorrência de violência. Todavia nos cabe questionar se este é um dado que representa a realidade, ou um dado subexpressado, subnotificado pelo sistema de saúde, silenciado pelo medo, opressão, ou falta de conhecimento do real significado da violência, na qual situações do cotidiano, caracterizadas como violência, são percebidas como atitudes normais. Elsen et al. (2011) e Delzivo et al. (2014), veem a violência como um problema que invade a realidade familiar, sem obedecer a nenhum nível social, econômico, religioso ou cultural específico, que causa grande sofrimento às suas vítimas, e na maioria das vezes silencia, promove prejuízo no desenvolvimento físico e mental, além de provocar enfermidade e morte, como realidade ou como possibilidade próxima.

Este estudo revelou que o perfil da maioria das vítimas de violência é feminino, adulto, de raça negra e baixa escolaridade, caracterizando um conjunto de fatores que coloca o sujeito detentor de tal perfil em situação de vulnerabilidade para violência. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Schraiber et al. (2007), Mascarenhas et al. (2012), Silva et al. (2013). No tocante ao sexo e a raça este estudo encontrou resultados contrários. Sinimbu et al. (2016), encontraram maior prevalência no sexo masculino e Cecílio et al. (2012), encontraram maior prevalência na raça branca. Echeverria, Oliveira e Erthal (2017) afirmam que, apesar das mudanças nos papéis sociais, exercidos tradicionalmente por homens e mulheres, ocorridos pela transição de gênero, ainda impera a dominação masculina.

É importante ressaltar que, pelo fato da miscigenação no Brasil ser muito grande e a variável cor ser autorreferida, agregar pretos e pardos torna mais real a raça do contingente populacional brasileiro. Para Santos et al. (2010), a cor não define a ancestralidade, pois raça refere-se ao âmbito biológico, para identificar categorias humanas a partir de características socialmente definidas.

Este estudo revelou que a maioria das vítimas não são casadas e vivem sozinhas, porém destaca o fato que o agressor é alguém de seu convívio cotidiano, principalmente o cônjuge/companheiro, corroborando com os estudos de Silva et al. (2013), Cecílio et al. (2012), Madureira et al. (2014). As desigualdades resultantes de um relacionamento, sejam

elas de valor ou poder, geram situações de conflitos e independe da dinâmica familiar (CORDEIRO et al., 2013). As violências ocorridas neste estudo assumiram caráter infradomiciliar, em decorrência da relação de vínculo entre a vítima e o agressor, conforme aponta Madureira et al. (2014). Por esse convívio íntimo e permanente, a violência que mais se perpetua é a física, seguida da psicológica (SILVA et al., 2013; CECÍLIO et al., 2012; MADUREIRA et al., 2014), porém este estudo apresentou uma inversão nesta ordem, onde a psicológica foi mais prevalente, o que coloca a vítima em situação de adoecimento, minando a sua saúde mental.

No meio em que se ocorre (e se repete continuamente) a violência psicológica, muitas das vezes ela não é vista ou entendida como ato de violência, seja por parte do agressor, seja por parte da vítima, haja vista ela não deixar marcas físicas. Para Mascarenhas et al. (2012), isso decorre porque o emocional é o mais agredido, e por isso encontra na mulher, no âmbito familiar, o membro mais vulnerável a violência física e psicológica (MACHADO et al., 2014). Ademais, a violência, de qualquer origem, tem como fatores determinantes o uso de álcool e droga, proximidade física por diminuição do espaço domiciliar, dependência financeira e relacionamento permeado por violência (SILVA;DIAS, 2016; MACHADO et al. 2014).

A vítima de violência, seja ela qual for, necessita de assistência, e esta ocorre principalmente na rede ambulatorial/hospitalar, local que atende as agressões que deixam lesões físicas. Kind et al. (2013), encontraram resultado semelhante a este estudo e destacam que há subnotificação e invisibilidade da violência, e esta situação decorre principalmente da recusa em reconhecer o ato de violência na vítima, do medo de retaliação e o entendimento por parte dos profissionais que a notificação é uma denúncia. Salcedo-Barrientos et al. (2014), destacam como pontos para essa invisibilidade a falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde nas questões de violência doméstica e a forma que cada lida com esse assunto.

A violência cresce a cada dia, e a vítima, submetida continuamente a tal ato, como é demonstrado neste estudo, fecha-se no seu silêncio e passa a acolher a agressão como parte do seu cotidiano, muitas das vezes se sentindo culpada ou responsável por tal fato. E nesta realidade, seu ambiente doméstico, que deveria servir de segurança, passa a ser palco de conflito emocional, onde amor e ódio se misturam, transformando-se em um local de insegurança.

## Considerações finais

Visibiliza-se como limitação deste estudo o fato da violência ser autorreferida, fazendo com que a ela só seja visibilizada se a vítima resolver falar. Percebe-se no cotidiano sua ocorrência doméstica de maneira velada, e assim permanece escondida, seja pelo medo, vergonha ou desconhecimento do seu sentido real. Por isso, a melhor forma de investigá-la é por meio da análise dos laudos médicos-legais e das fichas de notificação. Ademais, a subnotificação retira a oportunidade de se ter dados concretos para uma avaliação mais fiel da realidade e a partir do diagnóstico situacional, planejar e tomar decisões.

Este estudo permitiu reforçar o perfil da violência no Brasil, no qual a mulher adulta, negra e de baixa escolaridade continua sempre a principal vítima da violência, cujo agressor é a pessoa de seu convívio mais íntimo. Como resultado diferente dos demais estudos, o tipo de violência mais prevalente neste estudo foi o psicológico, demonstrando que as pessoas já estão entendendo que a violência extrapola o plano físico.

Também se mostrou ferramenta importante para disseminar conhecimentos, além de apontar para a necessidade de se falar mais sobre violência, fortalecer a assistência as vítimas e sensibilizar a todos sobre a responsabilidade social de se identificar precocemente os casos de violência. É necessário incorporar nos profissionais de saúde, seja da Atenção primária ou da hospitalar, o desejo de ver além do visível, para acolher a vítima, oferecer cuidado integral, intensificar a notificação de casos de violência, confirmados ou suspeitos, como forma de visibilizar a violência e tentar frear este mal que cresce de forma assustadora.

## Referências

ABATH, M.B; LEAL, M.C.C.; MELO FILHO, D.A. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 2, abril-junio, 2012, pp. 305-314.

ALMEIDA, M.G.B. (org.). **A violência na sociedade contemporânea** [recurso eletrônico]. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2010. 161 f.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



CECILIO, L.P.P.; GARBIN, C.A.S.; T.A.S. et al. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.21 n.2 Brasília jun. 2012.

CORDEIRO, L.A.M.; CORDEIRO, S.M.; LIMA, C.C. et al. Violência contra a mulher: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**. v.7(esp), pp:862-9, Recife, mar., 2013.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11 (Sup), pp: 1163-78, 2007.

DELZIOTO, C.R.; OLIVEIRA, C.S.; LUIZ, C.L. **Atenção a homens e mulheres em situação de violência [recurso eletrônico]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 52 p.

ELSEN, I.; PRÓSPERO, E. N. S.; SANCHES, E. N. et al. Escola: um espaço de revelação da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicol. Argum**. v.29, n.66, pp:303-14, jul./set 2011.

KIND, L.; ORSINI, M.L.P; NEPOMUCENO, V. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.29, n.9, pp:1805-15, Rio de Janeiro, set 2013.

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002.

LEVISKY, D.L. Uma gota de esperança. In: YALMEIDA, M.G.B. (org.). **A violência na sociedade contemporânea [recurso eletrônico]**. Porto Alegre : EDIPUCRS, 2010. 161 f.

MACHADO, J.C; RODRIGUES, V.P.; VILELA, A.B.A. et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.828-840, 2014.

MADUREIRA, A.B.; RAIMONDO, M.L.; FERRAZ, M.I.R. et al. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Esc Anna Nery**.v.18, n.4, pp:600-06, 2014.



MASCARENHAS, M.D.M; ANDRADE, S.S.C.A.; NEVES, A.C.M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n. 9, pp. 2331- 41, 2012.

MINAYO, M.C.S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

SALCEDO-BARRIENTOS, D.M.; MIURA; P.O.; MACEDO, V.D. et al. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.22, n.3, pp:448-53, maio-jun. 2014.

SANTOS D.J.S., NATHÁLIA BARBOSA PALOMARES, N.B.; DAVID NORMANDO D.; QUINTÃO, C.C.A. Raça versus etnia: diferenciar para melhor aplicar. **Dental Press J Orthod**. v.15, n.3, pp:121-4. may-june, 2010.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA JUNIOR, I. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev saúde pública** [Internet]. v.41, n.5, pp:797-807, Oct. 2007.

SILVA, M.C.M; BRITO, A.M.; ARAÚJO, A.L. et al. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.22, n.3, pp:403-12, Brasília, jul-set, 2013.

SINIMBU, R.B.; MASCARENHAS, M.D.M.; SILVA, M.A.A. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Revista Saúde em foco**. v.1, n. 1, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

REALIZAÇÃO:  CNPq

 GRUPO DE PESQUISA  
VIOLÊNCIA E SAÚDE

